



Universidad de Chile
Departamento de Psicología
Magíster en Psicología Clínica de Adultos
Mención Constructivista Cognitivo

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA GRUPAL BASADA EN UN ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO EN REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN DE MODERADA A GRAVE EN LA ATENCIÓN SECUNDARIA

Tesista: Matías Silva Sepúlveda
Profesora guía: Dra. Ps. Irma Palma Manríquez
Profesora guía metodológica: Ps. Elisabeth Wenk Wehmeyer

INDICE

RESUMEN	3
I. INSTRODUCCIÓN	4
II. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
III. MARCO TEÓRICO	9
1. Depresión	9
2. Los trastornos depresivos en Chile	13
3. Modelo Cognitivo	15
4. Tratamientos	18
5. Psicoterapia grupal	20
IV. OBJETIVOS	23
V. HIPOTESIS	25
VI. METODOLOGÍA	26
VII. RESULTADOS	30
1. Comparación del BDI y OQ-45.2 en todas las aplicaciones en Ambos grupos.	32
2. Análisis comparativo de las subescalas del OQ-45.2	46
3. Análisis comparativo de los subgrupos de tratamiento farmacoterapia con los subgrupos de farmacoterapia y psicoterapia	66
4. Síntesis de principales resultados	79
VIII. CONCLUSIONES	84
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	89

RESUMEN

El objetivo de esta tesis es conocer el impacto de una intervención psicoterapéutica grupal basada en un enfoque constructivista cognitivo en reducción de sintomatología en pacientes diagnosticados con depresión de moderada a grave en la atención secundaria. La muestra fue de 10 mujeres las que participaron en una intervención terapéutica de grupo que duró un mes, que constó de 12 sesiones con un ritmo de tres por semana, se utilizó un formato semiestructurado para las sesiones, además las pacientes fueron evaluadas con dos instrumentos: el Cuestionario de depresión de Beck (BDI-I) y el Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia (OQ45.2), los que se les aplicaron previo a la intervención, después de una semana y después de dos meses. Los resultados obtenidos fueron significativos, disminuyendo la sintomatología depresiva, pero no se sostuvieron en el tiempo, retornando después de dos meses a índices previos a la intervención.

I.- INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como su objetivo principal conocer el impacto de una intervención psicoterapéutica grupal basada en un enfoque constructivista cognitivo en reducción de sintomatología en pacientes diagnosticados con depresión de moderada a grave en la atención secundaria, donde los pacientes, por protocolo, son de mayor gravedad que los atendidos en la atención primaria, instancia donde el taller ya señalado ha sido aplicado y se han obtenidos buenos resultados estadísticamente validados. Se consideró útil este estudio dada la explosión de pacientes con depresión que generó el GES (Garantías Explícitas de Salud) hace ya unos años y el comportamiento que han tenido los tratamientos de esta población, donde han tendido, por una parte a cronificarse, con los costos asociados que conlleva esto dado sus reingresos y que se mantienen en el sistema, y por otra a que las opciones de tratamiento son de larga latencia, generando también mayores costos e implicando también cronificación. Además la mayor cantidad de casos corresponde a casos de mediana a grave complejidad, por lo que se hace útil probar tratamientos que se consideren efectivos y reduzcan la demanda del sistema de salud público.

La aplicación señalada se realiza en un grupo de pacientes del COSAM Colina, donde se escogen a pacientes que cumplan con el criterio de estar con un trastorno del ánimo depresivo de moderado a grave y que actualmente estén ya sea en tratamiento farmacológico o en psicoterapia individual más farmacoterapia. Previo a la aplicación del taller se midió la variable depresión con dos cuestionarios de autoreporte, el Cuestionario de depresión de Beck (BDI-I) y el Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia (OQ45.2), ambas escalas de fácil y corta aplicación, con las que se midió antes y después de la intervención y posteriormente se compararon los resultados. Esta evaluación incluyó también una nueva evaluación con los instrumentos pasado un tiempo de latencia de dos meses.

En el marco teórico se describen los conceptos básicos para la comprensión de los antecedentes teóricos de la presente tesis, estos temas incluyen a la depresión, con una descripción de las distintas gravedades de ésta, además de algunos antecedentes actuales de

la realidad de Chile. Se realizó una revisión del modelo cognitivo, enfocado principalmente a su último período, el cognitivo constructivista. Por último, se ven algunas intervenciones en el área de la depresión y la terapia de grupo, las que incluirán el modelo que para esta tesis se utilizó.

En el análisis metodológico se utiliza el estadígrafo T de Student y Análisis de Varianza simple con el programa SPSS, con el que se realizaron comparaciones entre los grupos, el que participó del taller y el grupo control que no lo hizo.

Por último, se ven en las conclusiones las observaciones a los resultados y algunas propuestas para futuras investigaciones.

II.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

No es ajeno a los que trabajan en los sistemas de salud lo relevante que se han vuelto las enfermedades mentales en la Salud Pública, especialmente las referidas a los trastornos del ánimo, las que causan gran cantidad de sufrimiento, discapacidad y un gran número de suicidios (la mitad de muertes por suicidio), así como un grado importante de deterioro en la calidad de vida de las personas que los sufren. Los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de la población general, y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención, y la Depresión Mayor afecta a un 6% de las mujeres y a un 3% de los hombres, mayores de 15 años. Si consideramos a los episodios de depresión leve y la distimia, la prevalencia alcanza el 10.7% entre las mujeres y el 4.9% en hombres. En el estudio chileno sobre Carga de Enfermedad, ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA), en mujeres. (www.redsalud.gov.cl)¹ La depresión es responsable de un tercio de los días de trabajo perdidos debido a enfermedad, concentrando más del 40% de las licencias médicas, y representa al menos un 25% de las consultas de médicos generales en la Atención Primaria. (MINSAL, 2008)

El Programa Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión que el Ministerio de Salud instaló en la Red Pública de Salud el año 2001, aumentó velozmente su cobertura : 29.000 personas tratadas en el año 2002 (91.4% mujeres, promedio de edad 41 años; 8.6% hombres, promedio de edad de 39 años. Depresión leve, el 23 %; depresión moderada, el 69,6 % y depresión severa, el 7,4 %). En el año 2003, se trataron 63.067 personas; 110.373, en el 2004; 140.808 personas, en el 2005 y 237.951 personas en el año 2006. En todos estos años se ha encontrado una distribución bastante similar por sexo, edad y severidad. (www.redsalud.gov.cl)¹

Es así como la frecuencia con que se presenta la depresión y sus efectos en la calidad de vida de las personas que la padecen, determinó finalmente su inclusión en las patologías GES a partir del 1° de julio del año 2007. El mayor porcentaje de diagnósticos

¹ La información fue obtenida de la pagina Web:
http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/Depresion.pdf

realizados en este Programa, corresponde a depresiones mayores y un menor porcentaje a depresiones leves, situación que en parte se explica por la ausencia de una respuesta técnica sistemática del sector salud en las décadas pasadas, acumulándose casos de personas no detectadas, no tratadas y que han evolucionado hacia un curso crónico con episodios recurrentes. (MINSAL, 2007)

La inclusión al GES ha promovido que actualmente tanto en los dispositivos de atención primaria como secundaria y terciaria se encuentran operativos protocolos clínicos para el tratamiento de la depresión. En estos protocolos se encuentran incorporadas intervenciones de tipo individual y grupal en un gran espectro, desde los tratamientos farmacológicos que incorpora como garantía el GES, hasta psicoterapia de grupo. Ahora, si bien existe una gran cantidad de intervenciones recomendadas para los tratamientos (terapias cognitivo conductuales, terapia relacional, dinámica breve, terapia ocupacional), no se señala ningún tipo de condicionante para que se favorezcan unas en favor de otras y no se señala qué tipo de psicoterapias parecen ser más adecuadas en los tratamientos grupales.

Parece ser necesario, dado el constante aumento de la demanda y la escasez de profesionales de la salud, el generar intervenciones que produzcan un mayor impacto en esta problemática. Si bien en los protocolos operativos se destaca la utilización de las terapias conductuales y cognitiva conductuales en los tratamientos, parece ser necesario afinar la mirada en las intervenciones psicoterapéuticas grupales y continuar con una mirada de psicología clínica basada en la evidencia.

Con respecto a la relevancia, esta tesis considera dos aspectos centrales. Por una parte, actualmente la depresión es una prioridad epidemiológica en Chile y existen garantías explícitas de salud (GES) que aseguran su cobertura, por lo que se hace relevante mantener e implementar tratamientos que aborden esta realidad con procedimientos indicados que incorporen las complejidades que la depresión impone a quienes trabajan con ella. Procesos que deben de ser efectivo y cuyos resultados deben de permanecer en el tiempo, evitando en parte así la saturación del sistema con el reingreso de los pacientes a

tratamiento. Por otra parte, un segundo aspecto importante es el poder contar con tratamientos basados en evidencias que permitan tener resultados probados y validados empíricamente, de modo de maximizar los recursos públicos. Dado que estos últimos son escasos, el contar con tratamientos validados permite destinar de modo más seguro y certero los esfuerzos profesionales para trabajar en torno a la depresión.

El modelo constructivista cognitivo como evolución de una mejora del entendimiento para los tratamientos psicológicos de las personas del modelo que lo precede, el cognitivo, se transformó en un adecuado modelo de estudio, dados los éxitos ya logrados con el modelo cognitivo. De este modo, el objetivo es poder conocer el impacto de una intervención psicoterapéutica grupal basada en un enfoque constructivista cognitivo en reducción de sintomatología en pacientes diagnosticados con depresión de moderada a grave en la atención secundaria. El taller consta de 12 sesiones de una y media hora de duración cada una, en un forma intensivo, las pacientes asisten tres veces por semana, consta de sesiones semiestructuradas, y para su mejor funcionamiento se utilizó dos monitores a cargo del grupo, el cual es de preferencia pequeño, de no más de 16 personas, y que en esta oportunidad fue de 10 personas.

III.- MARCO TEÓRICO

1.- Depresión

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede aparecer en cualquier momento del curso de la vida. Esta se caracteriza por una disminución del humor que termina en tristeza, acompañada de diversos síntomas y signos de tipo vegetativo, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales, que persisten por tiempo habitualmente prolongado (a lo menos de 2 semanas). Estos síntomas se pueden englobar en tres alteraciones vivenciales centrales, el ánimo, que incluye tristeza y/o irritabilidad, el pensamiento, con cambios cognitivos que se centran en un pensar ineficiente y en la actividad, caracterizada por una reducción, aunque puede verse enmascarada por presencia de ansiedad o agitación. (MINSAL, 2009)

El CIE-10 (1999) señala que: “En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas a continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.”

Otras manifestaciones de los episodios depresivos señaladas en el CIE -10 son:

- a) la disminución de la atención y concentración.
- b) la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) una perspectiva sombría del futuro.
- e) los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) los trastornos del sueño.
- g) la pérdida del apetito.

Además en el CIE-10 (1999) se señala que: “La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características... Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.”

Algunos ejemplos de los síntomas señalados son:

- a) pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras;
- b) pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras;
- c) despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual;
- d) empeoramiento matutino del humor depresivo;
- e) presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas);
- f) pérdida marcada de apetito;
- g) pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes) y
- h) pérdida marcada de la libido.

A continuación en la tabla N° 1 se describen los criterios generales para el diagnóstico de depresión, y luego en la tabla N° 2 se describen los criterios diagnósticos para el episodio depresivo leve, que además sirven para definir los episodios depresivos moderados y severos.

Tabla N° 1*

Criterios diagnósticos generales para episodio depresivo
G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
G2. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco, en ningún período de la vida del individuo.

G3 Criterios de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

*Obtenida de MINSAL, 2009

Tabla N° 2

Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Leve según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no Síndrome Somático

*Obtenido de MINSAL, 2006

Acorde con la tabla N° 2 se pueden definir los siguientes episodios depresivos:

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades

Episodio depresivo moderado: La persona con un episodio moderado probablemente tendrá grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Están presentes al menos dos síntomas del criterio B; y síntomas del criterio C hasta sumar un total mínimo de 6 síntomas de la tabla N° 2.

Episodio depresivo grave: las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total (Tabla N° 2).

Dentro de los Trastornos Afectivos es importante mencionar los Bipolares, cuya característica principal es la de eventos reiterados de por una parte una exacerbación del ánimo y por otra una disminución del estado del ánimo, con una recuperación completa entre los eventos. Dentro de los periodos de exaltación del ánimo, el CIE 10 (1999) describe los estados maníacos y los hipomaníacos, caracterizados principalmente por “una exaltación del humor, y un aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propia del individuo”, puede además verse alterada la capacidad de atención y concentración. Todas estas características deben de estar presentes por varios días para cumplir con el criterio diagnóstico, si las alteraciones son muy considerables tanto como para interrumpir grave o completamente las actividades normal (como el trabajo por

ejemplo), se habla de un estado maniaco, que por lo general debe de ser hospitalizado, de no ser así se habla de un estado hipomaniaco. Por otra parte, dentro de los estados de disminución del ánimo se consideran los episodios depresivos ya antes descritos, es decir leves, moderados y graves.

2.- Los Trastornos Depresivos en Chile

En Chile existen dos estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población general. El estudio de Trastornos Mentales comunes en Santiago que utiliza la entrevista estructurada CIS-R entrega prevalencia de una semana para “episodio depresivo” que incluye las principales categorías CIE-10 (F32.0, 01,10, 11 y F32.2). Este estudio muestra una prevalencia semanal total de 5,5%; 2,7% para hombres y 8,0% para mujeres. (MINSAL, 2006).

El otro estudio es el Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica realizado en cuatro ciudades grandes de Chile, incluida Santiago. (Vicente, B., Rioseco, P., Valdivia, S., Kohn, R., y Torres, S., en MINSAL, 2006).

Tabla N° 1: Prevalencia de Vida y 6 meses de Trastornos Depresivos en Chile según DSM-III R (Entrevista estructurada CIDI)

Trastorno Depresivo	Hombres		Mujeres		Total	
	vida	6 ms.	vida	6 ms.	vida	6 ms.
Trastorno Depresivo Mayor	6,4	3,0	11,3	6,0	9,0	4,6
Distimia	3,5	1,5	12,1	4,8	8,0	3,2

Existen otros estudios en poblaciones específicas: prevalencia de Trastornos Depresivos (DSM III-R) en consultantes de un policlínico general con prevalencia puntual de 14,7% para hombres y 30,3% para mujeres. (MINSAL, 2006)

La depresión es responsable de un tercio de los días de trabajo perdidos debido a enfermedad, concentrando más del 40% de las licencias médicas, y representa al menos un 25% de las consultas de médicos generales en la Atención Primaria.(www.redsalud.gov.cl)

En estudiantes de enseñanza media (adolescentes) utilizando en Inventario de Beck, se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago. (MINSAL, 2006)

En el estudio de carga de enfermedad y carga atribuible destaca en la tabla de las diez primeras causas específicas de AVISA por sexo; Grupo II (enfermedades no transmisibles); de un estudio en Chile del 2004, que en las mujeres los trastornos depresivos unipolares ocupa el tercer lugar en años perdidos con más de 144.000. En general en ambos sexos ocupa el segundo lugar dentro de las causas específicas de AVISA. (MINSAL, 2008)

Los datos desagregados por sexo muestran que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar entre las mujeres. Este mismo indicador revela que los suicidios ocupan el undécimo lugar entre las causas de discapacidad en los varones. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), los trastornos depresivos ocupan el tercer lugar general y el primer lugar entre las mujeres. (MINSAL, 2006)

En el boletín estadístico AUGE² se muestra que 432.816 casos tuvieron resolución en atención primaria durante desde el 1 de julio del 2005 hasta el 31 de diciembre del 2008. (Boletín estadístico AUGE, 2009).

La mayoría de las personas que sufren Depresión consultan por primera vez a médicos no especialistas, o en el nivel primario de atención. Sin embargo, este tipo de trastornos no es reconocido fácilmente por el médico o por el equipo de salud, y no siempre son tratados en la forma correcta. (MINSAL, 2006)

Esta situación debe ser revertida, ya que cuando la depresión no es tratada adecuadamente y de manera oportuna, conduce a cuadros recurrentes o de evolución crónica. (MINSAL, 2006)

Del mismo modo, es necesario derivar al especialista a las personas con depresión severa e implementar esquemas de seguimiento que apoyen la resolutiveidad de las acciones y la satisfacción de las personas que reciben atención. (MINSAL, 2006)

3.- Modelo Cognitivo

El modelo cognitivo puede ser mirado en cuatro momentos diferentes acorde a tiempos y eventos que marcaron su desarrollo. Un primer periodo es el llamado conductual, que si bien sus inicio se remontan a los años 1896 al 1938 con los modelos del condicionamiento clásico por ejemplo, no fue hasta la década de los '50 que toma real relevancia el modelo conductual, que venía siendo desarrollado desde la década de los '20 por Watson, quien plantea las bases paradigmática de la teoría y la metodología de este periodo. Considerado el padre del conductismo, Watson plantea las bases para dos tipos de conductismo: el radical y el metafísico, que según Mahoney (1983; Citado en Yáñez, 2005, Pág. 50) se relacionan con la postura epistemológica, cuyos principales postulados son: “1.- Se niega la existencia de la “mente” y de los “estados mentales”. 2.- Toda la experiencia puede reducirse a secreciones glandulares y movimientos musculares. 3.- Toda la conducta humana se encuentra determinada casi exclusivamente por las influencias ambientales (aprendizaje, principalmente a través de los principios del condicionamiento clásico), más que por factores heredados o biológicos. 4.- Los procesos conscientes (fenómenos encubiertos), en caso de existir, se encuentran más allá del campo de la investigación científica.”

Labrador (1986; citado en Curivil y Carretero, 2007) menciona que es bajo el paradigma conductual que se desarrollan las terapias de conducta o modificación de conducta basadas en los conocimientos de la psicología experimental. Éstas creen que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, por lo tanto se pueden someter a evaluación objetiva y verificación empírica. Se usan procedimientos para disminuir o eliminar conductas desadaptativas e instaurar o incrementar conductas adaptativas.

Con respecto al cambio de periodo, Yáñez (2005, Pág. 53) menciona que “aunque sus fundamentos siguen vigentes en la actualidad, esta corriente ha perdido preeminencia debido al reduccionismo que emplea a la hora de configurar el objeto de estudio. La serie de ideas divergentes como la imposibilidad de seguir negando la existencia de los procesos subyacentes que mediaban entre estímulo y respuesta, presionaron a este paradigma, lo que trajo consigo un vuelco teórico de gran magnitud y un reordenamiento importante que mantuvo la adherencia al método científico. Aparece así el paradigma Cognitivo Clásico que expande su objeto de estudio, incorporando a la llamada “caja negra” los procesos mediacionales, que Watson tanto rehusó.”

El periodo Cognitivo Clásico surge con la revolución cognitiva de los años '70. Plantea Yáñez (2005, Pág. 54) que “esta corriente, al igual que el conductismo, conserva una epistemología positivista, planteando la existencia de una realidad independiente del sujeto y cognoscible mediante la dotación sensorial (observación) y la razón. Sin embargo, el cambio importante con respecto al período conductual se da a nivel paradigmático en cuanto a la ampliación del objeto de estudio y de la metodología de conocimiento.” Es así como este reordenamiento paradigmático hace necesario, por tanto, explicar la complejidad del ser humano ampliando el objeto de estudio, introduciendo entonces las llamadas variables mediacionales, que como dice su nombre, “median” entre estímulo y respuesta del sujeto. Es decir, se incorporó la interpretación que el individuo hace tanto de los antecedentes como de las consecuencias de su conducta. (Curivil y Carretero, 2007)

En este periodo la noción de normalidad – anormalidad está determinada en función de la manera del sujeto de procesar la información del medio. El terapeuta tiene un acceso privilegiado a los criterios de realidad, en tanto se considera como un experto e investigador que, mediante la verificación lógica, intenta promover cambios en las cogniciones distorsionadas del paciente. (Yáñez, 2005)

Un tercer tiempo fue el periodo llamado el Cognitivo Interpersonal, en el que como su nombre lo señala, cobran suma importancia las relaciones significativas del sujeto. Aquí es cuando se producen grandes cambios a nivel epistemológico, de modo de poder incluir

éstas y otras variables. En este periodo la realidad está en un flujo constante y la persona la ordena de acuerdo a su propia organización, la que está dada en función de las estructuras cognitivas que posee. Safran y Segal (1994, en Curivil y Carretero, 2007, Pág. 46) señalan que las estructuras cognitivas “se desarrollan creciente y continuamente en base a las relaciones interpersonales que el sujeto establece a lo largo de su vida. En este sentido, el conocimiento que el sujeto tenga de su propia realidad otorga el sello particular de la relación que tenga con ella, lo cual se fundamenta en estructuras cognitivas denominadas Esquemas Cognitivos Interpersonales”.

Finalmente en un cuarto periodo, el llamado Cognitivo Constructivista, el concepto de realidad es entendido desde la propia experiencia del sujeto. Guidano (1994, en Yáñez 2005, Pág. 60) señala respecto a la realidad que constituye “una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción... y que consiste en un conjunto ordenado de objetos independientes de la mente, cuyo conocimiento coincide con un conjunto paralelo de representaciones internas derivadas del procesamiento progresivo de la información externa”

Yáñez (2005, Pág. 60) señala que “esta realidad, además, es construida en base a un orden social e intersubjetivo, lo cual se da necesariamente en el *lenguaje*. De este modo, la realidad no es más que una elaboración individual y colectiva de interpretaciones acerca de sí mismo, el mundo y los demás. La mente, entonces, que opera con el lenguaje y que es fruto de un proceso auto constructivo, se modela como el instrumento mediante el cual el individuo construye su propia realidad. Y como el lenguaje y la mente operan a partir de la experiencia, es posible decir que la realidad es posible gracias a ésta”.

De los aspectos teóricos centrales del Constructivismo se puede destacar que la psique es el resultado de un proceso de construcción, por lo tanto, los contenidos mentales no se adquieren ni son innatos, sino que son contruidos en una relación contingente con el ambiente. (Curivil y Carretero, 2007)

Yáñez (2005, Pág. 61) menciona que “otro aspecto teórico importante de considerar es que la función y estructura de los procesos abstractos, que corresponden a estructuras de conocimiento profundas y que están constituidos por esquemas cognitivos subyacentes (tácitos), priman sobre los procesos concretos, que corresponden a la estructura superficial y operativa (explícitos) en la experiencia consciente y emocional. De este modo, la experiencia del sujeto implica dos niveles de procesamiento. El primer nivel es de ordenamiento holístico (principalmente tácito o inconsciente) que incluye las intuiciones perceptivas de las configuraciones espacio-temporales (Balbi, 1994, Pág. 57), el cual Guidano denomina “nivel de la experiencia inmediata”. Éste es el nivel que abarca la emocionalidad, que constituye la primera forma de conocimiento filogenética y ontogenéticamente. El segundo nivel es de ordenamiento de procesos secuenciales, semánticos y analíticos (principalmente explícito o consciente), el cual es llamado “nivel explícito” por Guidano. Luego, y aquí se evidencia un giro teórico fundamental, los seres humanos somos ante todo *seres emocionales* (más que racionales) y vivimos en un mundo intersubjetivo.”

Considerando lo ya dicho, se puede decir que la característica principal del constructivismo es que el organismo es un participante activo en su propia experiencia, así como en su aprendizaje. Somos co-constructores de las realidades personales, desde y hacia las cuales respondemos. Más que ser un simple receptor de la experiencia sensorial, el organismo es entendido como un agente activo, anticipatorio y pro alimentador (Mahoney, Cap. 5, 1991, en Yáñez, 2005).

4.- Tratamientos

Dentro de los procedimientos posibles para la depresión existen los tratamientos farmacológicos, las intervenciones psicosociales individuales y grupales, y los grupos de autoayuda. Es de interés en esta tesis los tratamientos referidos a la psicoterapia grupal, por lo que a continuación se referirá brevemente a algunas alternativas y modelos.

En cuanto a las psicoterapias, la guía clínica de depresión GES (2006) señala que dentro de las más efectivas se encuentran la terapia cognitivo conductual y la terapia

conductual en el control sintomático, señala además como efectivas a la terapia interpersonal y la terapia psicoanalítica breve, esta última en las depresiones monopolares y bipolares. Se plantea en esta guía las siguientes recomendaciones de terapia según el objetivo a seguir:

Tabla N° 1: Psicoterapias recomendadas para objetivos específicos.

Objetivo Primario	Psicoterapia recomendada
Remoción de Síntomas	Psicoterapia Cognitivo-Conductual, Conductual y Psicoterapia Interpersonal
Restauración del funcionamiento normal psicológico y ocupacional	Manejo de caso; Psicoterapia Cognitivo-Conductual; terapia ocupacional, conyugal o familiar; psicoeducación
Prevención de recaídas o recurrencia	Terapia de “mantención” (Terapia Cognitivo-Conductual e Interpersonal)
Corrección de problemas psicológicos “causales” con resolución secundaria de síntomas	Terapia Cognitivo-Conductual, Interpersonal; dinámica breve, otras
Aumentar la adherencia a la medicación	Manejo de caso; Cognitivo-Conductual; otras técnicas psicoeducativas
Corrección de consecuencias secundarias al trastorno depresivo (ej.: Problemas conyugales, baja Autoestima, etc.)	Terapia ocupacional; terapia Cognitivo-Conductual; familiar; interpersonal; otras terapias centradas en problemas específicos

Fuente: GES, 2006

Dentro de los tratamientos señalados y sobre todo en la depresión grave resistente a tratamientos típicos, se recomienda el tratamiento Electroconvulsivante, el que se señala ser superior al placebo y al tratamiento farmacológico. (MINSAL, 2006)

Algunas de las terapias y técnicas utilizadas por los modelos conductuales y cognitivos conductuales son: Programa de Actividades Agradables, Asignación de tareas graduales, Entrenamiento en Habilidades Sociales, Curso para el Afrontamiento de la

Depresión, Terapia de Autocontrol (Rehm, 1977), Terapia de Solución de Problemas (Nezu, 1987), Terapia Conductual de Pareja (Beach & O'Leary, 1992; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Sch-maling & Salusky,1991), Técnicas para mejorar la autoestima, Técnicas de control de la activación, el Modelo de desamparo aprendido de Seligman. (Curivil y Carretero, 2007)

Otras de las terapias de interés son: Terapia racional emotiva de Ellis Terapia cognitiva de la depresión de Beck, Psicoterapia interpersonal para la depresión de Klerman, Psicoterapia cognitiva interpersonal de Safran, El enfoque procesal sistémico de la depresión. (Curivil y Carretero, 2007)

5.- Psicoterapia grupal

Yáñez (2003) señala con respecto al enfoque constructivista cognitivo y la psicoterapia grupal, que es una “metodología de trabajo psicoterapéutico, que permite el despliegue de estilos personales disfuncionales o sintomáticos en grupo, al mismo tiempo que crea las condiciones que favorecen la reorganización y cambio de los mismos. Estas condiciones están dadas por la dinámica grupal, el encuadre, y las intervenciones del terapeuta. La fuente de la perturbación emocional necesaria para el cambio, es la dinámica interpersonal en el contexto grupal y las intervenciones estratégicas del terapeuta.”

Se da en el grupo factores propios de la interrelación grupal que favorecen y actúan como catalizadoras de procesos emocionales. Al respecto, Sprott (1960, en Montt y Villarroel, 2003), señala como fenómenos importantes y propios de los grupos: un aumento de la emocionalidad, una disminución del sentido de responsabilidad, una relajación de los controles. Apuntando a lo mismo, Slavson señala”...la copresencia de los miembros del grupo favorece mecanismos tales como la interacción, interestimulación, contagio y estimulación emocional y otros dinamismos afectivos, que siempre ocurren cuando los individuos participan en una relación íntima” (Slavson, 1951, en Corey &Corey, 1982, en Montt y Villarroel, 2003 Pág. 59).

El grupo otorga también la posibilidad de familiarizarse con nuevas formas de sufrimiento y de resolución de problemas, representadas por personas reales con vivencias similares (Asyia et cols., 1969 en Sheldon, 1977, en Montt y Villarroel, 2003).

Con respecto a la psicoterapia cognitiva constructivista de grupo, se puede decir que: La psicoterapia grupal remite al sujeto a sus relaciones naturales y permite que, a través de las experiencias vividas y el emergente grupal, se facilite un cambio psicológico individual preferentemente de orden simbólico. Al hablar de relaciones naturales, se refiere a la posibilidad de interactuar con otro tal cual se hace en la vida cotidiana. En ese sentido, lo único artificial recaería en el motivo por el cual se reúnen en un grupo y el contexto. (Montt y Villarroel, 2003). Se entenderá por *grupo* a la reunión de dos o más personas en torno a un objetivo, que, en este caso particular, se constituye en un objetivo terapéutico. (Yáñez, 2003).

Algunos de los fenómenos que se producen en el grupo son: Aumento de la emocionalidad, disminución del sentido de responsabilidad, relajación de los controles, posibilidad de familiarizarse con nuevas formas de sufrimiento y de resolución de problemas, interacción con personas reales con vivencias similares.

Otras características de la psicoterapia de grupo son (Caballo, V. 1993):

- Los grupos tiene una mejor relación coste/eficacia; el terapeuta puede trabajar con varios pacientes al mismo tiempo.
- Los miembros del grupo pueden aprender que no son los únicos que tienen un determinado problema.
- El grupo puede funcionar de una manera preventiva; un miembro del grupo puede oír a los otros discutir sobre problemas que todavía no se ha encontrado.
- Los miembros pueden aprender a ayudarse mutuamente.
- Algunas experiencias, actividades y ejercicios sólo se pueden hacer en grupo.

- Algunos ejercicios de grupo son eficaces para producir ciertas experiencias emocionales, que luego pueden tratarse en vivo en el grupo.
- Ciertas problemáticas pueden tratarse de forma más eficaz en un formato grupal, el paciente puede practicar nuevas conductas sociales y nuevas maneras de relacionarse con la gente.
- Un grupo permite a los pacientes recibir una gran cantidad de retroalimentación sobre su conducta, que puede ser más persuasivo que un terapeuta individual, para producir cambio.
- Los miembros del grupo pueden proporcionar presión de los compañeros, que pueden ser más eficaz que un terapeuta individual para fomentar la adhesión a las tareas para casa.

IV.- OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer el impacto de una intervención psicoterapéutica grupal basada en un enfoque constructivista cognitivo en reducción de sintomatología en pacientes diagnosticados con depresión de moderada a grave en la atención secundaria.

Objetivos específicos

1. Implementar el taller de psicoterapia constructivista cognitivo para la depresión al grupo experimental.
2. Medir a través del Cuestionario de depresión de Beck (BDI-I) si existen diferencias en los puntajes indicativos de depresión en el grupo sometido al taller y el grupo no sometido al mismo, antes de someterse al primero a la intervención grupal.
3. Medir a través del Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia (OQ45.2) si existen diferencias en los puntajes indicativos del cuestionario en el grupo sometido al taller y el grupo no sometido al mismo, antes de someterse al primero a la intervención grupal.
4. Medir a través del Cuestionario de depresión de Beck (BDI-I) si existen diferencias en los puntajes indicativos de depresión en el grupo sometido al taller y el grupo no sometido al mismo, después de someterse al primero a la intervención grupal.
5. Medir a través del Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia (OQ45.2) si existen diferencias en los puntajes indicativos del cuestionario en el grupo sometido al taller y el grupo no sometido al mismo, después de someterse al primero a la intervención grupal.

6. Evaluar si se produjeron diferencias en la segunda evaluación realizada con el BDI en el grupo sometido al taller en comparación al grupo no sometido.
7. Evaluar si se produjeron diferencias en la tercera evaluación realizada con el BDI en el grupo sometido al taller en comparación al grupo no sometido.
8. Evaluar si se produjeron diferencias en la segunda evaluación realizada con el OQ 45.2 en el grupo sometido al taller en comparación al grupo no sometido.
9. Evaluar si se produjeron diferencias en la tercera evaluación realizada con el OQ 45.2 en el grupo sometido al taller en comparación al grupo no sometido.
10. Medir a través de las subescalas de Relaciones Interpersonales, Rol Social y sintomatología Ansiosa depresiva del OQ 45.2, si existen diferencias en los puntajes indicativos del cuestionario en el grupo sometido al taller y el grupo no sometido al mismo, antes de someterse al primero a la intervención grupal.
11. Medir a través de las subescalas de Relaciones Interpersonales, Rol Social y sintomatología Ansiosa depresiva del OQ 45.2 si existen diferencias en los puntajes indicativos del cuestionario en el grupo sometido al taller y el grupo no sometido al mismo, después de someterse al primero a la intervención grupal.

V.- HIPÓTESIS

A continuación se formulan las hipótesis generales que permiten guiar el análisis específico desarrollado en el apartado de resultados. Al respecto, cabe aclarar que las hipótesis específicas en cada caso se han expresado como hipótesis estadísticas, y se las expresa en el apartado de resultados, antes de llevar a cabo cada uno de los análisis.

H1: Al someter a un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión a una Psicoterapia grupal para trastornos del ánimo, se observarán diferencias significativas en la variable depresión después de la intervención en este grupo.

H2: Al someter a un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión a una Psicoterapia grupal para trastornos del ánimo, no se observarán diferencias significativas en la variable depresión después de la intervención en este grupo.

H3: Posterior a someter a un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión a una Psicoterapia grupal para trastornos del ánimo, se observarán diferencias significativas en la variable depresión entre el grupo con psicoterapia y farmacoterapia y el grupo solo con farmacoterapia.

H4: Posterior a someter a un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión a una Psicoterapia grupal para trastornos del ánimo, no se observarán diferencias significativas en la variable depresión entre el grupo con psicoterapia y farmacoterapia y el grupo solo con farmacoterapia.

VI.- METODOLOGIA

La presente tesis consiste en un estudio de tipo descriptivo, comparativo y explicativo, que trabaja con un enfoque de metodologías cuantitativas, con un diseño cuasiexperimental, con pre-prueba/post-prueba de dos grupos constituido por muestras pareadas. (Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P., 2006)

Para este efecto, antes y después de la aplicación de la variable independiente (psicoterapia grupal), se realizó una entrevista clínica y una evaluación, en la que se administraron: el Cuestionario de depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario para la evaluación de resultados y evolución en psicoterapia (OQ45.2). A fin de evitar la influencia de variables externas a la aplicación de la variable independiente, la administración posterior a la intervención, se realizó con un plazo máximo de dos semanas de distancia entre el inicio y el término de la psicoterapia. Los resultados de las pruebas fueron analizadas con el estadígrafo T de Student y con Análisis de Varianza simple, para lo que se utilizó el programa estadístico SPSS.

a. Variables:

- Independientes: Taller de psicoterapia grupal constructivista para la depresión (ver anexo nº 1):
 - o Doce sesiones de una hora y media de duración.
 - o Las sesiones se realizan, idealmente, con una frecuencia de tres veces por semana.
 - o Se utilizaron actividades semiestructuradas, debidamente planeadas según los objetivos que se persiguen en cada sesión. Sin embargo, existió la posibilidad de agregar o modificar actividades terapéuticas en función de las necesidades detectadas y las características propias del grupo.
 - o Para el buen resultado del taller se requirió la utilización de dos monitores debidamente capacitados tanto en la ejecución como en los elementos teóricos que están a la base del taller.

- El grupo, se caracterizó por ser de número pequeño, de 10 participantes, en un número par y constituyéndose como un grupo cerrado, cuyos integrantes se mantuvieron a lo largo de todo el taller, no permitiéndose la entrada de nuevos miembros.

- Dependiente: Sintomatología depresiva evaluada por:

- Cuestionario de depresión de Beck (BDI-II): Cuestionario autoaplicado de 21 ítems, con escala de respuestas de a, b, c, d en todos sus ítems excepto los ítems 14 y 18 que agregan e, f, g como respuestas, las respuestas se puntúan de 0 a 4. El puntaje de este instrumento va de 0 a 13 puntos, que se considera un rango mínimo, es decir sin depresión; de 14 a 19 puntos, depresión leve, de 20 a 28 puntos depresión moderada y de 29 a 63 puntos depresión severa. (Beck, A., Steer, R., Brown, G. 2006)

- OQ45.2: Cuestionario autoaplicado de 45 ítems, donde los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de nivel ordinal de 0 a 4 puntos, y en que el rango de puntajes va de los 0 a los 180 puntos. Este cuestionario posee subescalas, una de sintomatología ansioso-depresiva con 25 ítems, una de relaciones interpersonales con 11 ítems y una escala de rol social de 9 ítems. Esta escala posee un valor índice de cambio, el que es de 17 puntos, lo que significa que si un paciente ha disminuido su puntaje en 17 puntos o más, el cambio es clínicamente significativo. (Von Bergen, A. y De La Parra, G., 2002).

b. Diseño

Muestra:

La muestra es de tipo intencionada, está compuesta por mujeres que asisten a tratamiento por el programa de depresión del Centro de Salud Mental Familiar (COSAM) de la comuna de Colina. Los grupos están compuestos por mujeres de entre 18 y 66 años, con un promedio de 50 años, en donde el 81% es de estado civil casada, el 19% son solteras, de las cuales una tiene hijo (6,25%); el 50% vive con su pareja e hijos, 6% vive solo con la pareja, el 19% vive con un hijo y también el 19% vive sola. Los sujetos son homogéneamente de nivel socioeconómico bajo y de escolaridad de básica incompleta a enseñanza media completa.

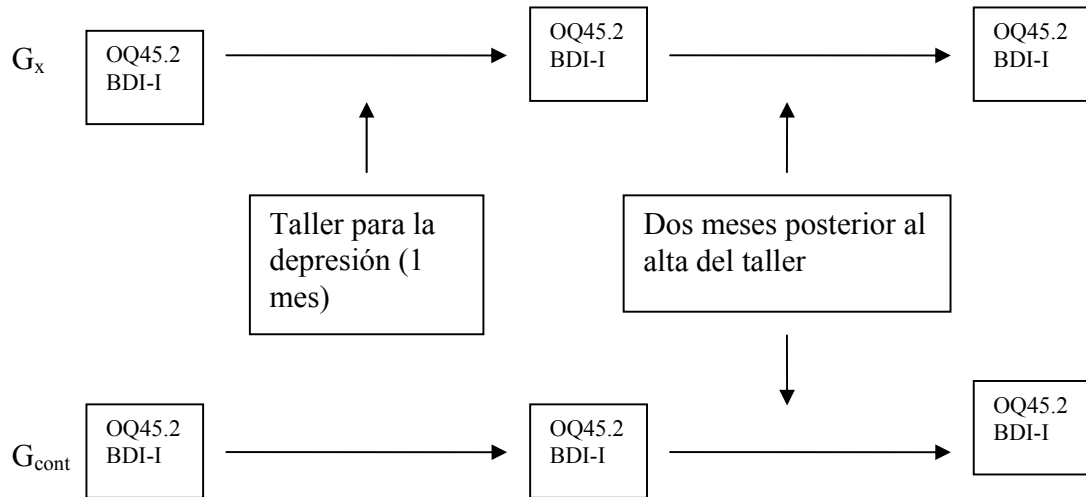
Dentro de los trastornos del ánimo que presentan, el 25% tiene un Trastorno Depresivo Moderado, 25% un Trastorno Depresivo Recurrente, un 12,5% Trastorno Bipolar Tipo II, el 31,25% un Trastorno Depresivo Grave, un 6,25% Distimia. Dentro de otros diagnósticos de comorbilidad, el 81,25% tiene un Trastorno de Personalidad, siendo el 68,75% Límite, un 12,5% tiene Trastorno de Pánico. Dentro de los períodos de tratamiento, en promedio el grupo mantenía 16 meses de tratamiento, con un rango de 2 meses como mínimo y 42 como máximo.

Modelo: Los grupos que a continuación se describen (experimental y control) están integrados por pacientes que asisten a tratamiento psicológico y farmacológico, y otros solo reciben tratamiento farmacológico.

Grupo experimental (G_x): Pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento y que aceptan realizar el taller de psicoterapia grupal constructivista cognitivo para depresión.

Grupo control ($C_{cont.}$): Pacientes que actualmente se encuentran en tratamiento y que no pueden o no aceptan realizar el taller de psicoterapia grupal constructivista cognitivo para depresión y si aceptan ser evaluados en sus procesos terapéuticos actuales.

Esquema de trabajo de investigación:



VII.- RESULTADOS

A continuación se desarrolla el análisis, en el que se comparan el grupo control y el grupo experimental (que fue sometido al taller), en los resultados de las evaluaciones a los que fueron sometidos.

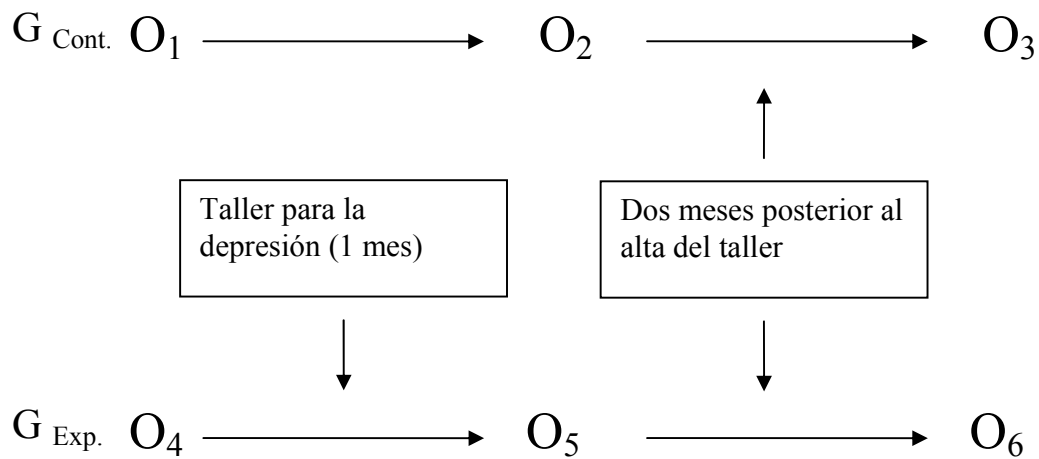
En primer lugar se realiza la comparación de las pruebas aplicadas en los tres momentos, en el punto 1.1 se comparan las primeras evaluaciones para apreciar su equivalencia como grupo. En el punto 1.2 se comparan las primeras con las segundas evaluaciones para evaluar cambios. En el punto 1.3 se contrastan las segundas evaluaciones para medir cambios entre los grupos. En el punto 1.4 se comparan las segundas con las terceras evaluaciones para observar permanencia de los cambios. En el punto 1.5 se contrastan las primeras y terceras evaluaciones, y finalmente en el punto 1.6 se comparan las terceras evaluaciones.

En segundo lugar, se realiza un análisis de las subescalas del OQ 45.2. En el punto 2.1.1 al 2.1.3 se realiza una comparación de las tres evaluaciones de la subescala de Relaciones Interpersonales. En el punto 2.1.4 se comparan las primeras y las segundas evaluaciones de la misma escala. En el punto 2.1.5 se comparan las primeras y las terceras evaluaciones. En el punto 2.2.1 al 2.2.3 se realiza una comparación de las tres evaluaciones de la subescala de Rol Social. En el punto 2.2.4 se comparan las primeras y las segundas evaluaciones de la misma escala. En el punto 2.2.5 se comparan las primeras y las terceras evaluaciones, y en el punto 2.2.6 se realiza una comparación entre las segundas y terceras evaluaciones. En el punto 2.3.1 al 2.3.3 se realiza una comparación de las tres evaluaciones de la subescala de Sintomatología Ansiosa Depresiva. En el punto 2.3.4 se comparan las primeras y las segundas evaluaciones de la misma escala. En el punto 2.3.5 se comparan las primeras y las terceras evaluaciones, y en el punto 2.3.6 se realiza una comparación entre las segundas y terceras evaluaciones.

En tercer lugar, se realiza un análisis comparativo de los subgrupos de tratamiento, es decir, los que recibían farmacoterapia y los que recibían farmacoterapia más psicoterapia. En el punto 3.1 se realiza la comparación del BDI del grupo control por subgrupo de tratamiento. En el punto 3.2 se realiza la comparación del BDI del grupo experimental por subgrupo de tratamiento. En el punto 3.3 se realiza la comparación del OQ-45.2 del grupo control por subgrupo de tratamiento. En el punto 3.4 se realiza la comparación del OQ-45.2 del grupo experimental por subgrupo de tratamiento.

Finalmente en el punto 4 se concluye con una síntesis de los principales resultados, en la que se describen los resultados más significativos, acompañados de dos gráficos en los que se muestran los principales datos estadísticos.

El siguiente esquema indica los momentos de evaluación y los tiempos ejecutados, también permite guiar las evaluaciones que a continuación se desarrollaran.



1.- COMPARACION DEL BDI Y OQ-45.2 EN TODAS LAS APLICACIONES EN AMBOS GRUPOS

1.1.- PRIMERAS EVALUACIONES

1.1.1.- Primera evaluación BDI

$$H_0: O_1 = O_4$$

$$H_1: O_1 \neq O_4$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 3.326, $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del BDI del grupo control (40.50) y experimental (40.63) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.979. Es decir no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación BDI	1	8	40.50	6.803	2.405
	2	8	40.63	11.237	3.973

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Primera Evaluación BDI	3.326	.090	-.027	14	.979	-.125	4.644	-10.086	9.836
Se han asumido varianzas iguales			-.027	11.524	.979	-.125	4.644	-10.291	10.041
No se han asumido varianzas iguales									

1.1.2.- Primera evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_1 = O_4$$

$$H_1: O_1 \neq O_4$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .104, $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo control (107.00) y experimental (106.38) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.943. Es decir no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación OQ	1	8	107.00	14.726	5.206
	2	8	106.38	19.116	6.758

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Primera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	.104	.752	.073	14	.943	.625	8.531	-17.673	18.923
	No se han asumido varianzas iguales			.073	13.144	.943	.625	8.531	-17.785	19.035

1.2.- PRIMERAS Y SEGUNDAS EVALUACIONES

1.2.1.- Primera y segunda evaluación BDI en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_2$$

$$H_1: O_1 \neq O_2$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo control (40.50) no es significativamente mayor [$t = -.418$, $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del BDI para el mismo grupo (42.13), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable depresión, ya que la probabilidad observada es de 0.668 es decir > 0.05 . Además dada la correlación y su significancia [$-.320$, Sig. .440], no existe un relación lineal entre los puntajes de la primera y segunda evaluación.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación BDI y Segunda Evaluación BDI	8	-.320	.440

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación BDI - Segunda Evaluación BDI	-1.625	10.993	3.887	-10.815	7.565	-.418	7	.688

1.2.2.- Primera y segunda evaluación BDI en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_5$$

$$H_1: O_4 \neq O_5$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo experimental (40.63) es significativamente mayor [$t = 4.574$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del BDI para el mismo grupo (28,88), por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la variable depresión, ya que la probabilidad observada es de 0.003 es decir < 0.05 . Además dada la correlación y su significancia [$.763$, Sig. .028], se puede señalar que existe una consistencia entre los resultados de los individuos.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación BDI y Segunda Evaluación BDI	8	.763	.028

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación BDI - Segunda Evaluación BDI	11.750	7.265	2.569	5.676	17.824	4.574	7	.003

1.2.3.- Primera y segunda evaluación OQ-45.2 en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_2$$

$$H_1: O_1 \neq O_2$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (107.0) no es significativamente mayor [$t = .430, p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (105.0), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.680 es decir > 0.05 . Además si bien existe una correlación entre los puntajes obtenidos en las dos aplicaciones estas no son estadísticamente significativas [.589, Sig. .125].

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	8	.589	.125

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	2.000	13.158	4.652	-9.001	13.001	.430	7	.680

1.2.4.- Primera y segunda evaluación OQ-45.2 en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_5$$

$$H_1: O_4 \neq O_5$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (106.38) no es significativamente mayor [$t = 2.252$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (96.63), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.059 es decir > 0.05 , no se puede decir que es significativa, pero se aprecia una clara tendencia a ello. Además, dada la correlación y su significancia [.923, Sig. .001], se puede señalar que existe una alta asociación entre los resultados de los individuos ($p < 0.01$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	8	.923	.001

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	9.750	12.245	4.329	-4.487	19.987	2.252	7	.059

En el análisis que se desarrolla a continuación, se comparan entre sí las segundas evaluaciones de ambas pruebas, para luego contrastarlas con la tercera evaluación hecha dos meses después del término del taller. Posteriormente se compararan las primeras evaluaciones con las terceras de cada grupo y de cada prueba.

1.3.- SEGUNDAS EVALUACIONES

1.3.1.- Segunda evaluación BDI

$$H_0: O_2 = O_5$$

$$H_1: O_2 \neq O_5$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 1.757, $p < 0,05$). Las medias de la segunda aplicación del BDI del grupo control (42.13) y experimental (28.88) difieren muy significativamente con una probabilidad del 0.004 de cometer error. Es decir, rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Segunda Evaluación BDI	1	8	42,13	6,728	2,379
	2	8	28,88	8,425	2,979

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Segunda Evaluación BDI	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,599	,452	3,476	14	,004	13,250	3,812	5,074	21,426
				3,476	13,347	,004	13,250	3,812	5,036	21,464

1.3.2.-Segunda evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_2 = O_5$$

$$H_1: O_2 \neq O_5$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 1.757, $p < 0,05$). Las medias de la segunda aplicación del OQ-45.2 del grupo control (105.00) y experimental (96,63) no difieren significativamente con una probabilidad de 0.457. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Segunda Evaluación OQ	1	8	105,00	14,283	5,050
	2	8	96,63	27,448	9,704

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Segunda Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	1,757	,206	,766	14	,457	8,375	10,940	-15,088	31,838
	No se han asumido varianzas iguales			,766	10,532	,461	8,375	10,940	-15,834	32,584

1.4.- SEGUNDAS Y TERCERAS EVALUACIONES

1.4.1.- Segunda y tercera evaluación BDI en el grupo control

$$H_0: O_2 = O_3$$

$$H_1: O_2 \neq O_3$$

Se puede concluir que la media de la segunda evaluación del BDI para el grupo control (42.13) no es significativamente mayor [$t = .258, p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del BDI para el mismo grupo (41.13), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable depresión, ya que la probabilidad observada es de $0.804 > 0.05$. Además, existe una baja correlación entre los puntajes obtenidos en las dos aplicaciones y no es significativa [$.164, \text{Sig. } .699$], lo que indica que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Segunda Evaluación BDI y Tercera Evaluación BDI	8	.164	.699

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Segunda Evaluación BDI - Tercera Evaluación BDI	1.000	10.981	3.882	-8.180	10.180	.258	7	.804

1.4.2.- Segunda y tercera evaluación BDI en el grupo experimental

$$H_0: O_5 = O_6$$

$$H_1: O_5 \neq O_6$$

Se puede concluir que la media de la segunda evaluación del BDI para el grupo experimental (28.88) no es significativamente mayor [$t = -.584, p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del BDI para el mismo grupo (31.75), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable depresión, con una probabilidad del $0.578 > 0.05$. Sin embargo, a pesar de existe una correlación entre los puntajes obtenidos en las dos aplicaciones esta no es significativa [$.602, \text{Sig. } .114$], lo que indica que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Segunda Evaluación BDI y Tercera Evaluación BDI	8	.602	.114

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Segunda Evaluación BDI - Tercera Evaluación BDI	-2.875	13.933	4.926	-14.523	8.773	-.584	7	.578

1.4.3.- Segunda y tercera evaluación OQ-45.2 en el grupo control

$$H_0: O_2 = O_3$$

$$H_1: O_2 \neq O_3$$

Se puede concluir que la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (105.0) no es significativamente mayor [$t = -1.309$, $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (109.88), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de $0.232 > 0.05$. Además, existe una correlación entre los puntajes obtenidos en las dos aplicaciones, siendo esta significativa [$.772$, Sig. $.025$], lo que apunta a que existe una alta relación entre los puntajes obtenidos por los sujetos en las dos evaluaciones.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Segunda Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	.772	.025

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Segunda Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	-4.875	10.535	3.725	-13.682	3.932	-1.309	7	.232

1.4.4.- Segunda y tercera evaluación OQ-45.2 en el grupo experimental

$$H_0: O_5 = O_6$$

$$H_1: O_5 \neq O_6$$

Se puede concluir que la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (96.63) no es significativamente mayor [$t = .507$, $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (92.00), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en esta variable, con una probabilidad del $0.615 > 0.05$. Además, existe una correlación entre los puntajes obtenidos en las dos aplicaciones pero no es significativa [.616, Sig. .104], lo que indica que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Segunda Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	.616	.104

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Segunda Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	4.625	24.842	8.783	-16.143	25.393	.527	7	.615

1.5.- PRIMERAS Y TERCERAS EVALUACIONES

1.5.1.- Primera y tercera evaluación BDI en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_3$$

$$H_1: O_1 \neq O_3$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo control (40.50) no es significativamente mayor [$t = -.187, p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del BDI para el mismo grupo (41.13), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable depresión, con una alta probabilidad del $0.857 > a 0.05$. Además, existe una correlación baja entre los puntajes y no es significativa [$.402, \text{Sig. } .324$], lo que indica que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación BDI y Tercera Evaluación BDI	8	,402	,324

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación BDI - Tercera Evaluación BDI	-,625	9,456	3,343	-8,530	7,280	-,187	7	,857

1.5.2.- Primera y tercera evaluación BDI en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_6$$

$$H_1: O_4 \neq O_6$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo experimental (40.63) no es significativamente mayor [$t = 1.431$, $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del BDI para el mismo grupo (31.75), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable depresión, con una probabilidad del $0.196 > a 0.05$. Además, existe una correlación baja entre los puntajes y no es significativa [.301, Sig. .469], lo que indica que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación BDI y Tercera Evaluación BDI	8	,301	,469

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación BDI - Tercera Evaluación BDI	8,875	17,545	6,203	-5,793	23,543	1,431	7	,196

1.5.3.- Primera y tercera evaluación OQ 45.2 en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_3$$

$$H_1: O_1 \neq O_3$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ 45.2 para el grupo control (107.00) no es significativamente mayor [$t = -.809$, $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ 45.2 para el mismo grupo (109.88), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, con una probabilidad del $0.445 > a 0.05$. Además, existe una correlación alta entre los puntajes y significativa [.796, Sig. .018], por lo que se puede afirmar que existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,796	,018

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	-2,875	10,049	3,553	-11,276	5,526	-,809	7	,445

1.5.4.- Primera y tercera evaluación OQ 45.2 en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_6$$

$$H_1: O_4 \neq O_6$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ 45.2 para el grupo experimental (106.38) no es significativamente mayor [$t = 1.889$, $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ 45.2 para el mismo grupo (92.00), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, con una probabilidad del $0.101 > a 0.05$. Además, existe una correlación alta entre los puntajes y pero no es significativa [$.675$, Sig. $.066$], aunque existe una tendencia que podría señalar que los puntajes tiene una relación lineal.

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,675	,066

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	14,375	21,520	7,609	-3,616	32,366	1,889	7	,101

1.6.- TERCERAS EVALUACIONES

1.6.1.- Tercera evaluación BDI

$$H_0: O_3 = O_6$$

$$H_1: O_3 \neq O_6$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 3,809, $p < 0,05$). Las medias de la tercera aplicación del BDI del grupo control (41,13) y experimental (31,75) no difieren significativamente con una probabilidad de 0.204. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tercera Evaluación BDI	1	8	41,13	9,848	3,482
	2	8	31,75	17,277	6,108

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tercera Evaluación BDI	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3,809	,071	1,333	14	,204	9,375	7,031	-5,705	24,455
				1,333	11,114	,209	9,375	7,031	-6,081	24,831

1.6.2.- Tercera evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_3 = O_6$$

$$H_1: O_3 \neq O_6$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 2,196, $p < 0,05$). Las medias de la segunda aplicación del OQ-45.2 del grupo control (109,88) y experimental (92,00) no difieren significativamente con una probabilidad de 0.153. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tercera Evaluación OQ	1	8	109,88	16,357	5,783
	2	8	92,00	29,150	10,306

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tercera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	2,196	,160	1,513	14	,153	17,875	11,818	-7,471	43,221
	No se han asumido varianzas iguales			1,513	11,011	,159	17,875	11,818	-8,133	43,883

2.- ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS SUBESCALAS DEL OQ-45.2

El análisis que a continuación se desarrolla tomo las subescalas del Test OQ-45.2 (Relaciones interpersonales, Rol social y Sintomatología ansiosa-depresiva) para realizar una comparación en las tres mediciones entre ambos grupos como también internamente en cada grupo.

2.1.- OQ-45.2 SUBESCALA RELACIONES INTERPERSONALES

2.1.1.-Primera evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_1 = O_4$$

$$H_1: O_1 \neq O_4$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .389, $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo control (25.88) y experimental (20.75) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.072. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación OQ	1	8	25,88	5,915	2,091
	2	8	20,75	4,528	1,601

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		Prueba de Levene		Prueba T			Error típ. de		95% Intervalo de	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	la diferencia	Inferior	Superior
Primera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,389	,543	1,946	14	,072	5,125	2,633	-,523	10,773
	No se han asumido varianzas iguales			1,946	13,107	,073	5,125	2,633	-,560	10,810

2.1.2.- Segunda evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_2 = O_5$$

$$H_1: O_2 \neq O_5$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .098, $p < 0,05$). Las medias de la segunda aplicación del OQ-45.2 del grupo

control (20.63) y experimental (19.50) no difieren significativamente con una probabilidad de 0.346. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Segunda Evaluación OQ	1	8	22,63	5,706	2,017
	2	8	19,50	7,051	2,493

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Segunda Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,098	,759	,974	14	,346	3,125	3,207	-3,753	10,003
	No se han asumido varianzas iguales			,974	13,416	,347	3,125	3,207	-3,781	10,031

2.1.3.- Tercera evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_3 = O_6$$

$$H_1: O_3 \neq O_6$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 2.602, $p < 0,05$). Las medias de la tercera aplicación del OQ-45.2 del grupo control (22.88) y experimental (18.88) no difieren significativamente con una probabilidad de 0.234. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tercera Evaluación OQ	1	8	22,88	5,357	1,894
	2	8	18,88	7,357	2,601

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl.	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tercera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	2,602	,129	1,243	14	,234	4,000	3,218	-2,901	10,901
	No se han asumido varianzas iguales			1,243	12,794	,236	4,000	3,218	-2,963	10,963

2.1.4.- Primeras y segundas evaluaciones

2.1.4.1.- Primeras y segundas evaluaciones OQ 45.2 subescala de Relaciones Interpersonales en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_2$$

$$H_1: O_1 \neq O_2$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (25.88) no es significativamente mayor [$t = 1.332$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (22.63), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.493 es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.295, Sig. .479], se puede afirmar que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos ($p < 0.479$).

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	8	,295	,479

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	3,250	6,902	2,440	-2,521	9,021	1,332	7	,225

2.1.4.2.- Primeras y segundas evaluaciones OQ 45.2 subescala de Relaciones Interpersonales en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_5$$

$$H_1: O_4 \neq O_5$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (20.75) no es significativamente mayor [$t = .723$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (19.50), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.493 es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [$.725$, Sig. $.042$], se puede señalar que existe una alta consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.042$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	8	,725	,042

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	1,250	4,892	1,729	-2,840	5,340	,723	7	,493

2.1.5.- Primeras y terceras evaluaciones

2.1.5.1.- Primera y tercera evaluación OQ-45.2 subescala Relaciones Interpersonales en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_3$$

$$H_1: O_1 \neq O_3$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (25.88) no es significativamente mayor [$t = 1.549$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (22,88), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.165, es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.531, Sig. .175], se puede afirmar que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos ($p < 0.175$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,531	,175

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	3,000	5,477	1,936	-1,579	7,579	1,549	7	,165

2.1.5.2.- Primera y tercera evaluación OQ-45.2 subescala Relaciones Interpersonales en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_6$$

$$H_1: O_4 \neq O_6$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (20.75) no es significativamente mayor [$t = .900$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (18,88), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.398, es decir > 0.05 . Además dada la correlación y su significancia [.599, Sig. .116], se puede afirmar que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos ($p < 0.116$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,599	,116

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	1,875	5,890	2,083	-3,049	6,799	,900	7	,398

2.2.- OQ-45.2 SUBESCALA ROL SOCIAL

2.2.1.- Primera evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_1 = O_4$$

$$H_1: O_1 \neq O_4$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .070, $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo control (16,63) y experimental (17,63) no difieren significativamente, con una probabilidad del 0.669. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación OQ	1	8	16,63	4,779	1,690
	2	8	17,63	4,373	1,546

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
								95% Intervalo de confianza para la diferencia		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Primera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	.070	.795	-.437	14	.669	-1,000	2,290	-5,912	3,912
	No se han asumido varianzas iguales			-.437	13,891	.669	-1,000	2,290	-5,916	3,916

2.2.2.- Segunda evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_2 = O_5$$

$$H_1: O_2 \neq O_5$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .945, $p < 0,05$). Las medias de la segunda aplicación del OQ-45.2 del grupo control (16,88) y experimental (16,75) no difieren significativamente, con una probabilidad de 0.964. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Segunda Evaluación OQ	1	8	16,88	3,137	1,109
	2	8	16,75	6,985	2,469

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Segunda Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,945	,347	,046	14	,964	,125	2,707	-5,681	5,931
									,046	9,713

2.2.3.- Tercera evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_3 = O_6$$

$$H_1: O_3 \neq O_6$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .868, $p < 0,05$). Las medias de la tercera aplicación del OQ-45.2 del grupo control (19,38) y experimental (13,88) no difieren significativamente con una probabilidad de 0.051, pero se aprecia una clara tendencia. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tercera Evaluación OQ	1	8	19,38	3,926	1,388
	2	8	13,88	6,151	2,175

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Tercera Evaluación OQ	,868	,367	2,132	14	,051	5,500	2,580	-,033	11,033
Se han asumido varianzas iguales			2,132	11,891	,055	5,500	2,580	-,127	11,127
No se han asumido varianzas iguales									

2.2.4.- Primeras y segundas evaluaciones

2.2.4.1.- Primeras y segunda evaluación OQ-45.2 subescala de Rol Social en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_2$$

$$H_1: O_1 \neq O_2$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (16,63) no es significativamente mayor [$t = -,290$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (16,88), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.780, es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.892, Sig. .003], se puede señalar que existe una alta consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.003$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	8	,892	,003

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	-,250	2,435	,861	-2,286	1,786	-,290	7	,780

2.2.4.2.- Primeras y segunda evaluación OQ-45.2 subescala de Rol Social en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_5$$

$$H_1: O_4 \neq O_5$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (17,63) no es significativamente mayor [$t = .628$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (16,75), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.550 es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.857, Sig. .007], se puede señalar que existe una alta consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.007$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	8	,857	,007

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	,875	3,944	1,394	-2,422	4,172	,628	7	,550

2.2.5.- Primeras y terceras evaluaciones

2.2.5.1.- Primera y tercera evaluación OQ-45.2 subescala de Rol Social en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_3$$

$$H_1: O_1 \neq O_3$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (16,63) es significativamente mayor [$t(7) = -2,469$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (19,38), por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.043 es decir < 0.05 . Además dada la correlación y su significancia [.755 Sig. .030], se puede señalar que existe una consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.030$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,755	,030

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	-2,750	3,151	1,114	-5,384	-,116	-2,469	7	,043

2.2.5.2.- Primera y tercera evaluación OQ-45.2 subescala de Rol Social en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_6$$

$$H_1: O_4 \neq O_6$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (17,63) no es significativamente mayor [$t= 1,967$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (13,88), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.090 es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.518, Sig. .118], se puede afirmar que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos ($p < 0.118$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,518	,188

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	3,750	5,392	1,906	-,758	8,258	1,967	7	,090

2.2.6.- Segunda y tercera evaluación OQ-45.2 subescala de Rol Social en el grupo control

$$H_0: O_2 = O_3$$

$$H_1: O_2 \neq O_3$$

Se puede concluir que la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (16,88) es significativamente mayor [$t = -2,415$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (19,38), por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.046 es decir < 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.677 Sig. .065], se puede afirmar que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos ($p < 0.065$).

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Segunda Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,677	,065

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Segunda Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	-2,500	2,928	1,035	-4,948	-,052	-2,415	7	,046

2.3.- OQ-45.2 SUBESCALA SINTOMATOLOGIA ANSIOSA-DEPRESIVA

2.3.1.-Primera evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_1 = O_4$$

$$H_1: O_1 \neq O_4$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .505, $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo control (64,50) y experimental (68,00) no difieren significativamente, con una probabilidad del 0.505. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación OQ	1	8	64,50	8,229	2,909
	2	8	68,00	11,892	4,205

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Primera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,505	,489	-,685	14	,505	-3,500	5,113	-14,466	7,466
	No se han asumido varianzas iguales			-,685	12,453	,506	-3,500	5,113	-14,596	7,596

2.3.2.- Segunda evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_2 = O_5$$

$$H_1: O_2 \neq O_5$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .780, $p < 0,05$). Las medias de la segunda aplicación del OQ-45.2 del grupo control (65,50) y experimental (60,38) no difieren significativamente, con una probabilidad de 0.467. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo control 1 -Experimental 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Segunda Evaluación OQ	1	8	65,50	10,770	3,808
	2	8	60,38	16,106	5,694

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Segunda Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,780	,392	,748	14	,467	5,125	6,850	-9,567	19,817
	No se han asumido varianzas iguales			,748	12,217	,469	5,125	6,850	-9,771	20,021

2.3.3.- Tercera evaluación OQ-45.2

$$H_0: O_3 = O_6$$

$$H_1: O_3 \neq O_6$$

Para ambos grupos (control y experimental) las varianzas son homogéneas (F de Levene = .763, $p < 0,05$). Las medias de la tercera aplicación del OQ-45.2 del grupo control (67,63) y experimental (59,25) no difieren significativamente, con una probabilidad de 0.276. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

Grupo control 1 -Experimental 2		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Tercera Evaluación OQ	1	8	67,63	11,807	4,174
	2	8	59,25	17,252	6,100

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Tercera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,763	,397	1,133	14	,276	8,375	7,391	-7,478	24,228
	No se han asumido varianzas iguales			1,133	12,378	,279	8,375	7,391	-7,675	24,425

2.3.4.- Primeras y segundas evaluaciones

2.3.4.1.- Primera y segunda evaluación OQ-45.2 subescala Sintomatología Ansiosa-Depresiva en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_2$$

$$H_1: O_1 \neq O_2$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (64,50) no es significativamente mayor [$t = -.281$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (65,50), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0.787, es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.466, Sig. .245], se puede afirmar no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos ($p < 0.245$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	8	,466	,245

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	-1,000	10,057	3,556	-9,408	7,408	-,281	7	,787

2.3.4.2.- Primera y segunda evaluación OQ-45.2 subescala Sintomatología Ansiosa-Depresiva en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_5$$

$$H_1: O_4 \neq O_5$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (68,00) es significativamente mayor [$t = 3,329$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (60,38), por lo que podemos concluir que existe diferencia significativa en la variable sintomatología ansiosa-depresiva, ya que la probabilidad observada es de 0.013, es decir < 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.937, Sig. .001], se puede señalar que existe una alta consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.001$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	8	,937	,001

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	7,625	6,479	2,291	2,208	13,042	3,329	7	,013

2.3.5.- Primeras y terceras evaluaciones

2.3.5.1.- Primera y tercera evaluación OQ-45.2 subescala Sintomatología Ansiosa-Depresiva en el grupo control

$$H_0: O_1 = O_3$$

$$H_1: O_1 \neq O_3$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo control (64,50) no es significativamente mayor [$t = -1,019$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (67,63), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de

0.342 es decir > 0.05 . Además dada la correlación y su significancia [.679, Sig. .064], se puede afirmar que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los (p < 0.064).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,679	,064

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	-3,125	8,676	3,067	-10,378	4,128	-1,019	7	,342

2.3.5.2.- Primera y tercera evaluación OQ-45.2 subescala Sintomatología Ansiosa-Depresiva en el grupo experimental

$$H_0: O_4 = O_6$$

$$H_1: O_4 \neq O_6$$

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (68,00) no es significativamente mayor [$t = 1,887$ p < 0.05] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (59,25), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable sintomatología ansiosa-depresiva, ya que la probabilidad observada es de 0,101, es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.651, Sig. .080], si bien no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos, si aprecia una tendencia (p < 0.080).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,651	,080

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	8,750	13,112	4,636	-2,212	19,712	1,887	7	,101

2.3.6.- Segunda y tercera evaluación OQ-45.2 subescala Sintomatología Ansiosa-Depresiva en el grupo experimental

$$H_0: O_5 = O_6$$

$$H_1: O_5 \neq O_6$$

Se puede concluir que la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el grupo experimental (60,38) no es significativamente mayor [$t = .227$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (59,25), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable sintomatología ansiosa-depresiva, ya que la probabilidad observada es de 0,827, es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.648, Sig. .082], se puede afirmar que no existe una relación lineal entre los puntajes obtenidos por los sujetos ($p < 0.082$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Segunda Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	8	,648	,082

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación tip.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Segunda Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	1,125	14,025	4,959	-10,600	12,850	,227	7	,827

3.- ANALISIS COMPARATIVO DE LOS SUBGRUPOS DE TRATAMIENTO FARMACOTERAPIA CON LOS SUBGRUPOS FARMACOTERAPIA Y PSICOTERAPIA

Dado que los grupos internamente estaban conformados por dos grupos que se diferenciaban por su tratamiento al momento de las evaluaciones, esto es, si recibían farmacoterapia o farmacoterapia y psicoterapia, a continuación se realiza un análisis comparativo para estos subgrupos en las pruebas aplicadas.

3.1.- Análisis del BDI en el grupo control por subgrupo de tratamiento

En la primera evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = ,387; $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del BDI del grupo farmacoterapia (43,33) y farmacopsicoterapia (38,80) no difieren significativamente, con una probabilidad del 0.403. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

En la segunda evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 3,851, $p < 0,05$). Las medias de la segunda aplicación del BDI del grupo farmacoterapia (39,33) y

farmacopsicoterapia (43,80) no difieren significativamente, con una probabilidad del 0.405. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

En la tercera evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 1.065, $p < 0,05$). Las medias de la tercera aplicación del BDI del grupo farmacoterapia (40,00) y farmacopsicoterapia (41,80) no difieren significativamente, con una probabilidad del 0.824. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo Farmacoterapia 1 Farmacopsicoterapia 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación BDI	1	3	43,33	8,327	4,807
	2	5	38,80	6,058	2,709
Segunda Evaluación BDI	1	3	39,33	5,033	2,906
	2	5	43,80	7,563	3,382
Tercera Evaluación BDI	1	3	40,00	4,583	2,646
	2	5	41,80	12,558	5,616

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Primera Evaluación BDI	Se han asumido varianzas iguales	,387	,557	,900	6	,403	4,533	5,037	-7,793	16,859
	No se han asumido varianzas iguales			,822	3,305	,466	4,533	5,518	-12,145	21,212
Segunda Evaluación BDI	Se han asumido varianzas iguales	3,851	,097	-,896	6	,405	-4,467	4,984	-16,662	7,729
	No se han asumido varianzas iguales			-1,002	5,783	,357	-4,467	4,459	-15,478	6,545
Tercera Evaluación BDI	Se han asumido varianzas iguales	1,065	,342	-,233	6	,824	-1,800	7,733	-20,723	17,123
	No se han asumido varianzas iguales			-,290	5,437	,783	-1,800	6,208	-17,380	13,780

3.1.1.- Grupo farmacoterapia

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo farmacoterapia (43,33) no es significativamente mayor [$t = 2,000$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del BDI para el mismo grupo (39,33), por lo que podemos concluir que

no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,184 es decir > 0.05 . Si Bien la correlación es alta dada su significancia, esta no es significativa [.986, Sig. .106], por lo que no se puede afirmar que existe una consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.106$).

Además, se observa que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo farmacoterapia (43,33) no es significativamente mayor [$t = 1,222$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del BDI para el mismo grupo (40,00), por lo que podemos afirmar que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,346 es decir > 0.05 .

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación BDI y Segunda Evaluación BDI	3	,986	,106
Par 2 Primera Evaluación BDI y Tercera Evaluación BDI	3	,891	,300

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación BDI - Segunda Evaluación BDI	4,000	3,464	2,000	-4,605	12,605	2,000	2	,184
Par 2 Primera Evaluación BDI - Tercera Evaluación BDI	3,333	4,726	2,728	-8,406	15,073	1,222	2	,346

3.1.2.- Grupo farmacoterapia y psicoterapia

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo farmacoterapia y psicoterapia (38,80) no es significativamente mayor [$t = -,864$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del BDI para el mismo grupo (43,80), por lo que podemos afirmar que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,436 es decir > 0.05 .

Además se observa que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo farmacoterapia y psicoterapia (38,80) no es significativamente mayor [$t = -,596$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del BDI para el mismo grupo (41,80), por lo que podemos afirmar que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,583 es decir > 0.05 .

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Primera Evaluación BDI y Segunda Evaluación BDI	5	-,803	,102
Par 2	Primera Evaluación BDI y Tercera Evaluación BDI	5	,446	,451

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Primera Evaluación BDI - Segunda Evaluación BDI	-5,000	12,942	5,788	-21,070	11,070	-,864	4	,436
Par 2	Primera Evaluación BDI - Tercera Evaluación BDI	-3,000	11,247	5,030	-16,965	10,965	-,596	4	,583

3.2.- Análisis del BDI en el grupo experimental por subgrupo de tratamiento

En la primera evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = ,082; $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del BDI del grupo farmacoterapia (36,00) y farmacopsicoterapia (42,17) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.544. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

En la segunda evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 3,817, $p < 0,05$). Las

medias de la segunda aplicación del BDI del grupo farmacoterapia (28,00) y farmacopsicoterapia (29,17) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.880. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

En la tercera evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 1.665, $p < 0,05$). Las medias de la tercera aplicación del BDI del grupo farmacoterapia (45,00) y farmacopsicoterapia (27,33) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.236. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo Farmacoterapia 1 Farmacopsicoterapia 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación BDI	1	2	36,00	14,142	10,000
	2	6	42,17	11,197	4,571
Segunda Evaluación BDI	1	2	28,00	15,556	11,000
	2	6	29,17	7,111	2,903
Tercera Evaluación BDI	1	2	45,00	9,899	7,000
	2	6	27,33	17,455	7,126

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Primera Evaluación BDI	Se han asumido varianzas iguales	,082	,785	-,643	6	,544	-6,167	9,585	-29,620	17,287
	No se han asumido varianzas iguales			-,561	1,449	,649	-6,167	10,995	-75,690	63,357
Segunda Evaluación BDI	Se han asumido varianzas iguales	3,817	,099	-,157	6	,880	-1,167	7,415	-19,310	16,977
	No se han asumido varianzas iguales			-,103	1,143	,933	-1,167	11,377	-109,260	106,926
Tercera Evaluación BDI	Se han asumido varianzas iguales	1,665	,244	1,316	6	,236	17,667	13,422	-15,176	50,509
	No se han asumido varianzas iguales			1,769	3,413	,164	17,667	9,989	-12,052	47,385

3.2.1.- Grupo farmacoterapia

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo farmacoterapia (36,00) no es significativamente mayor [$t = 8,000$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del BDI para el mismo grupo (28,00), por lo que podemos afirmar que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,079 es decir > 0.05 .

Además, se observa que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo farmacoterapia (36,00) no es significativamente mayor [$t = -3,000$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del BDI para el mismo grupo (45,00), por lo que podemos afirmar que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,205 es decir > 0.05 .

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación BDI y Segunda Evaluación BDI	2	1,000	,000
Par 2 Primera Evaluación BDI y Tercera Evaluación BDI	2	1,000	,000

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas						t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
Par 1 Primera Evaluación BDI - Segunda Evaluación BDI	8,000	1,414	1,000	-4,706	20,706	8,000	1	,079	
Par 2 Primera Evaluación BDI - Tercera Evaluación BDI	-9,000	4,243	3,000	-47,119	29,119	-3,000	1	,205	

3.2.2.- Grupo farmacoterapia y psicoterapia

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo farmacoterapia y psicoterapia (42,17) es significativamente mayor [$t = 3,920$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del BDI para el mismo grupo (29,17), por lo que podemos

concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,011 es decir > 0.05 .

Además, se observa que la media de la primera evaluación del BDI para el grupo farmacoterapia y psicoterapia (42,17) no es significativamente mayor [$t = 2,267$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del BDI para el mismo grupo (27,33), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,073 es decir > 0.05 .

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación BDI y Segunda Evaluación BDI	6	,690	,129
Par 2 Primera Evaluación BDI y Tercera Evaluación BDI	6	,443	,379

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas						t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia					
				Inferior	Superior				
Par 1 Primera Evaluación BDI - Segunda Evaluación BDI	13,000	8,124	3,317	4,474	21,526	3,920	5	,011	
Par 2 Primera Evaluación BDI - Tercera Evaluación BDI	14,833	16,030	6,544	-1,989	31,656	2,267	5	,073	

3.3.- Análisis del OQ 45.2 en el grupo control por subgrupo de tratamiento

En la primera evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = ,684; $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo farmacoterapia (103,33) y farmacopsicoterapia (109,20)

no difieren significativamente con una probabilidad del 0,624. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

En la segunda evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = ,264; $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo farmacoterapia (98,00) y farmacopsicoterapia (109,20) no difieren significativamente con una probabilidad del 0,318. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

En la tercera evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = ,145; $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo farmacoterapia (106,33) y farmacopsicoterapia (112,00) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.671. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo Farmacoterapia 1 Farmacopsicoterapia 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación OQ	1	3	103,33	10,504	6,064
	2	5	109,20	17,556	7,851
Segunda Evaluación OQ	1	3	98,00	10,536	6,083
	2	5	109,20	15,579	6,967
Tercera Evaluación OQ	1	3	106,33	21,008	12,129
	2	5	112,00	15,248	6,819

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Primera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,684	,440	-516	6	,624	-5,867	11,366	-33,679	21,946
	No se han asumido varianzas iguales			-591	5,956	,576	-5,867	9,921	-30,185	18,451
Segunda Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,264	,626	-1,088	6	,318	-11,200	10,297	-36,396	13,996
	No se han asumido varianzas iguales			-1,211	5,746	,273	-11,200	9,249	-34,076	11,676
Tercera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,145	,716	-446	6	,671	-5,667	12,694	-36,727	25,393
	No se han asumido varianzas iguales			-407	3,299	,709	-5,667	13,914	-47,760	36,427

3.3.1.- Grupo farmacoterapia

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo farmacoterapia (103,33) no es significativamente mayor [$t = ,922$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (98,00), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,454 es decir > 0.05 .

Además, se observa que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo farmacoterapia (103,33) no es significativamente mayor [$t = -,493$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (106,33), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,671, es decir > 0.05 . Dada la correlación y su significancia [.998, Sig. .035], se puede afirmar que existe una alta consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.035$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	3	,547	,632
Par 2 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	3	,998	,035

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	5,333	10,017	5,783	-19,549	30,216	,922	2	,454
Par 2 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	-3,000	10,536	6,083	-29,172	23,172	-,493	2	,671

3.3.2.- Grupo farmacoterapia y psicoterapia

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo farmacoterapia y psicoterapia (109,20) no es significativamente mayor [$t = ,000$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (109,20), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 1,000 es decir > 0.05 .

Además, se observa que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo farmacoterapia y psicoterapia (109,20) no es significativamente mayor [$t = -,569$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (112,00), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,600, es decir > 0.05 . Dada la correlación y su significancia [.784, Sig. .117], es posible afirmar que no existe consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.117$).

Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	5	,569	,316
Par 2 Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	5	,784	,117

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	,000	15,476	6,921	-19,216	19,216	,000	4	1,000
Par 2 Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	-2,800	11,009	4,923	-16,470	10,870	-,569	4	,600

3.4.- Análisis del OQ 45.2 en el grupo experimental por subgrupo de tratamiento

En la primera evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 1,300, $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo farmacoterapia (111,00) y farmacopsicoterapia (104,83) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.724. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

En la segunda evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = 2,409, $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo farmacoterapia (108,00) y farmacopsicoterapia (92,83) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.541. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

En la tercera evaluación para ambos grupos (farmacoterapia y farmacopsicoterapia) las varianzas son homogéneas (F de Levene = ,338, $p < 0,05$). Las medias de la primera aplicación del OQ-45.2 del grupo farmacoterapia (104,00) y farmacopsicoterapia (88,00) no difieren significativamente con una probabilidad del 0.544. Es decir, no rechazaríamos la hipótesis nula.

Estadísticos de grupo

	Grupo Farmacoterapia 1 -Farmacopsicoterapia 2	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Primera Evaluación OQ	1	2	111,00	7,071	5,000
	2	6	104,83	22,140	9,038
Segunda Evaluación OQ	1	2	108,00	,000	,000
	2	6	92,83	31,397	12,818
Tercera Evaluación OQ	1	2	104,00	24,042	17,000
	2	6	88,00	31,578	12,892

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Primera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	1,300	,298	,370	6	,724	6,167	16,669	-34,622	46,955
	No se han asumido varianzas iguales			,597					5,809	,573
Segunda Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	2,409	,172	,648	6	,541	15,167	23,402	-42,096	72,429
	No se han asumido varianzas iguales			1,183					5,000	,290
Tercera Evaluación OQ	Se han asumido varianzas iguales	,338	,582	,643	6	,544	16,000	24,864	-44,840	76,840
	No se han asumido varianzas iguales			,750					2,327	,522

3.4.1.- Grupo farmacoterapia

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo farmacoterapia (111,00) no es significativamente mayor [$t = .600$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (108,00), por lo que podemos afirmar que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,656, es decir > 0.05 .

Además, se observa que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo farmacoterapia (111,00) no es significativamente mayor [$t = .583$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (104,00), por lo que podemos afirmar que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,664, es decir > 0.05 .

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	2	.	.
Par 2	Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	2	1,000	,000

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	3,000	7,071	5,000	-60,531	66,531	,600	1	,656
Par 2	Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	7,000	16,971	12,000	-145,474	159,474	,583	1	,664

3.4.2.- Grupo farmacoterapia y psicoterapia

Se puede concluir que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo farmacoterapia y psicoterapia (104,83) no es significativamente mayor [$t = 2.218$ $p < 0.05$] a la media de la segunda evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (92,83), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,077 es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.935, Sig. .006], se puede afirmar que existe una alta consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.006$).

Además, se observa que la media de la primera evaluación del OQ-45.2 para el grupo farmacoterapia y psicoterapia (104,83) no es significativamente mayor [$t = 1,740$ $p < 0.05$] a la media de la tercera evaluación del OQ-45.2 para el mismo grupo (88,00), por lo que podemos concluir que no existe diferencia significativa en la variable, ya que la probabilidad observada es de 0,142 es decir > 0.05 . Además, dada la correlación y su significancia [.662, Sig. .152], se puede afirmar que no existe consistencia entre los resultados de los individuos ($p < 0.152$).

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Primera Evaluación OQ y Segunda Evaluación OQ	6	,935	,006
Par 2	Primera Evaluación OQ y Tercera Evaluación OQ	6	,662	,152

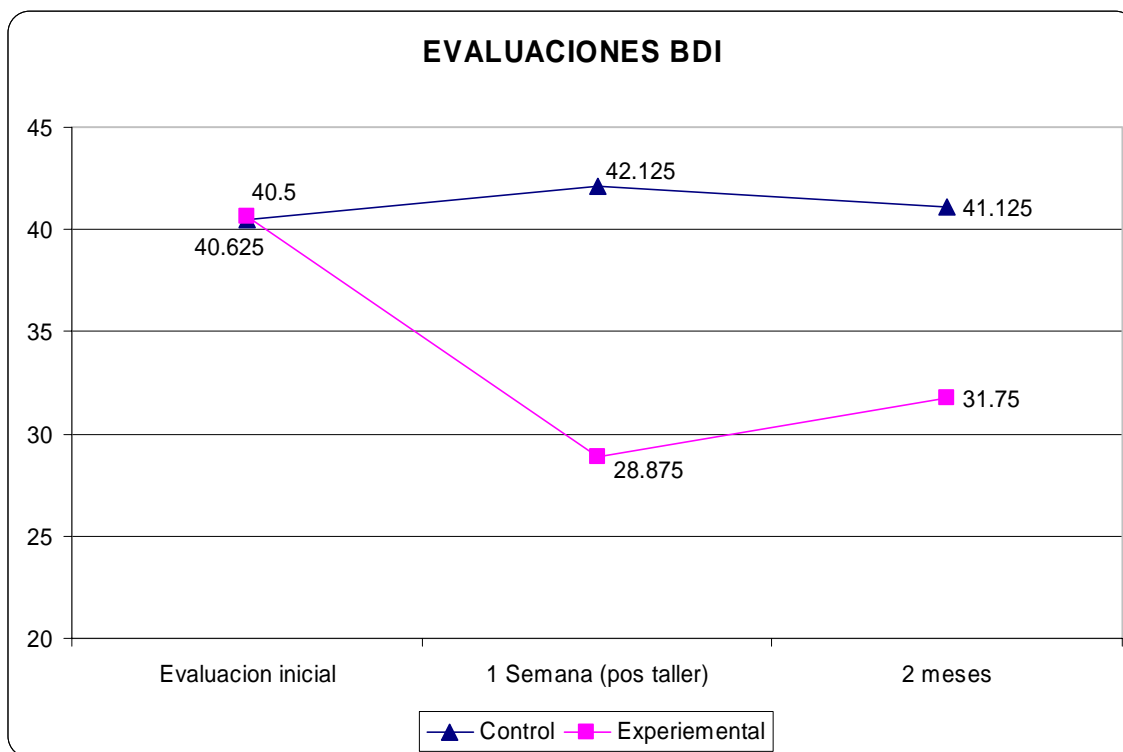
Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación tip.	Error tip. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Primera Evaluación OQ - Segunda Evaluación OQ	12,000	13,251	5,410	-1,907	25,907	2,218	5	,077
Par 2	Primera Evaluación OQ - Tercera Evaluación OQ	16,833	23,702	9,676	-8,040	41,707	1,740	5	,142

4.- SINTESIS DE PRINCIPALES RESULTADOS

Del análisis de resultados estadísticos se pudo concluir que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la evaluación inicial entre los dos grupos (control y experimental) tanto con el BDI como con el OQ 45.2, es decir los grupos eran homologables al inicio de la investigación (como se puede apreciar en el grafico 1 y 2).

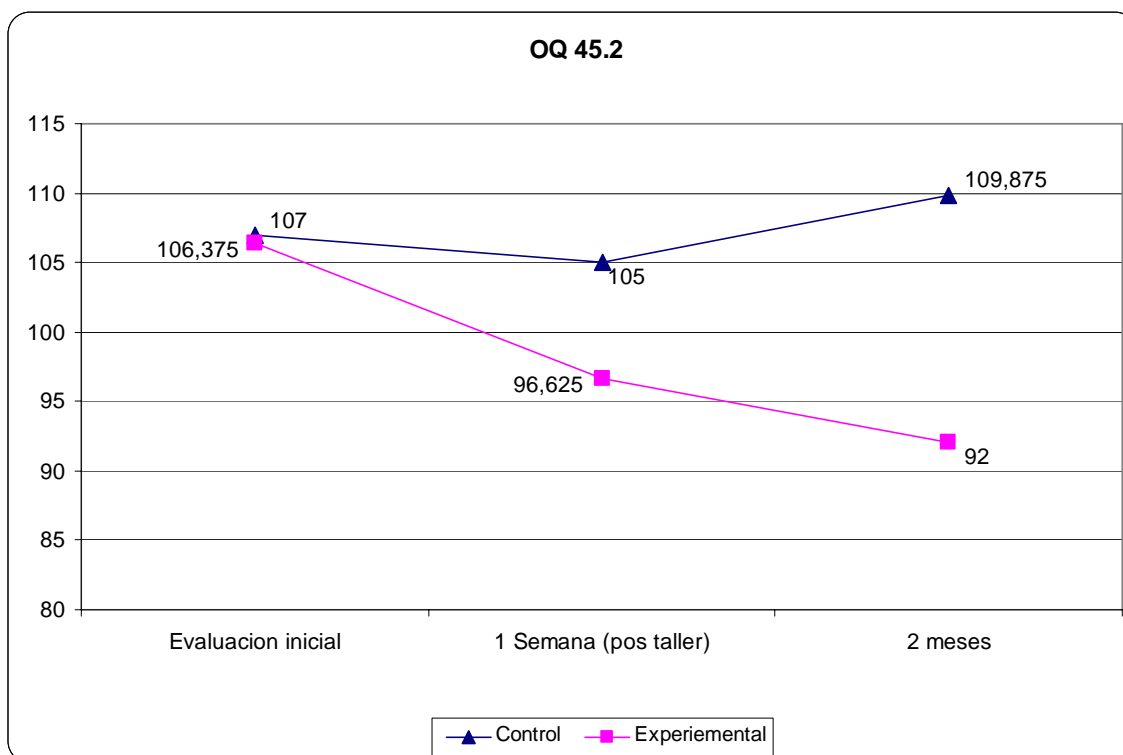
Grafico 1



Al realizar un análisis de cada grupo comparando la primera con la segunda evaluación, se observó que para el BDI en el grupo control no hubo diferencias significativas, en cambio si las hubo para el grupo que fue sometido al taller para la depresión, por lo que éste si tuvo un impacto sobre la variable depresión, disminuyendo de manera estadísticamente significativa los puntajes obtenidos por el grupo sometido a la intervención.

Con respecto a la primera y segunda evaluación del OQ 45.2, se observaron resultados similares, ya que para el grupo control no hubo diferencias significativas entre las dos evaluaciones y en el grupo experimental, si bien no existieron diferencias estadísticamente significativas si hubo una clara tendencia al cambio en los valores, lo que podría darse bajo la condición de que este instrumento mide variables de desarrollo más lento y que podrían no responder en un periodo tan corto como lo es un mes.

Grafico 2



Al realizar una comparación entre las segundas evaluaciones de los grupos, se observó que para el BDI si existieron diferencias significativas, lo que confirmaría las diferencias ya observadas internamente en los grupos. No así para el OQ 45.2, en el que comparando las evaluaciones de ambos grupos no se observó una diferencia significativa.

Al realizar un análisis entre la segunda y la tercera evaluación con respecto a la BDI realizada después de dos meses, se pudo observar que existieron diferencias significativas en ambos grupos pero, el grupo control sufrió una pequeña disminución en comparación al grupo experimental, el que subió algunos puntos en la escala, es decir, sufrió un retroceso en el efecto de la variable depresión.

Con respecto a la comparación entre la segunda y tercera evaluación en el OQ 45.2 realizada después de dos meses, se observó que en ambos grupos no hubo diferencia significativa en sus resultados, sin embargo, el grupo experimental mantuvo su tendencia, disminuyendo puntos en la escala, lo que fue inverso en el grupo control, el cual aumentó su promedio en puntuación.

Al comparar la primera evaluación con la tercera, en ambos grupos, se pudo observar que para el OQ 45.2 las diferencias no fueron significativas, confirmando lo ya observado en las evaluaciones anteriores. En la comparación entre la primera aplicación del BDI y la tercera, se mantuvieron los resultados para el grupo control, no así para el grupo experimental, en el que esta vez los resultados señalaban no mantener la diferencia significativa, es decir, si bien para el grupo experimental el taller tuvo un impacto inicial, una vez pasados dos meses este impacto sufrió un retroceso.

Al realizar un análisis detallado de las subescalas del OQ 45.2, se pudo observar que para la subescala relaciones interpersonales no existió diferencias entre los dos grupos en ninguna de las tres evaluaciones realizadas, es decir, el taller no significó un impacto estadísticamente significativo diferente en esta variable. Al realizar un análisis interno del efecto en esta variable, se pudo apreciar que se mantuvo esta situación, ya que comparando tanto la primera con la segunda como la primera con la tercera evaluación en ambos grupos,

no se observaron efectos estadísticamente significativos sobre la subescala de relaciones interpersonales.

Con respecto a la subescala rol social del OQ 45.2, se pudo observar que no existieron diferencias entre los dos grupos en ninguna de las tres evaluaciones efectuadas, es decir, el taller no tuvo un impacto mayor en esta variable. Sin embargo, en la comparación entre las terceras evaluaciones si se observó una clara tendencia a la diferencia, lo que permitiría afirmar que la aplicación del taller produce un impacto positivo en la variable del rol social. En el análisis interno de los grupos se pudo observar que para ambos, en la comparación entre la primera y segunda evaluación, no existieron diferencias significativas, situación que se mantuvo en el grupo sometido al taller con respecto a la comparación entre la primera y tercera evaluación, no así con el grupo control, el que sí arrojó una diferencia estadísticamente significativa, pero en una relación inversa, aumentando su puntuación en ésta, lo que significa que empeoró.

En la subescala de sintomatología ansiosa-depresiva se pudo observar que no existieron diferencias entre los dos grupos en ninguna de las tres evaluaciones efectuadas, es decir, el taller no tuvo un impacto mayor en esta variable. Al realizar el análisis interno de cada grupo, se pudo observar que en el grupo control tanto en la comparación entre la primera y segunda evaluación como entre la primera y tercera evaluación no existieron diferencias significativas en la variable, en cambio en el grupo experimental se apreció una diferencia estadísticamente significativa entre la primera y segunda evaluación, pero no así entre la primera y tercera evaluación, en la que no se observó una diferencia estadísticamente significativa, es decir, el taller tuvo un impacto inicial en la sintomatología ansiosa-depresiva, decayendo esto pasado dos meses de la intervención, situación que también fue observada en las evaluaciones hechas con el BDI.

Si bien los grupos eran desiguales en número, pareció interesante realizar un análisis interno a los subgrupos según su tipo de tratamiento, es decir, si se trataban con psicoterapia y farmacoterapia o solamente farmacoterapia. Se pudo observar que para el grupo control en el BDI en las tres evaluaciones realizadas comparando los subgrupos entre

si no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Además, comparando cada subgrupo internamente con respecto a la primera y segunda evaluación, así como con la primera y tercera evaluación, no arrojaron diferencias significativas en la variable, es decir, el tipo de tratamiento no afectó las puntuaciones en la variable depresión para este grupo.

Con respecto al mismo análisis para el grupo experimental tampoco se observó diferencias con respecto a la comparación de las tres evaluaciones hechas entre los subgrupos de terapia, sin embargo al realizar el análisis interno se pudo apreciar que en el subgrupo de farmacoterapia no existió un impacto estadísticamente significativo tanto en la comparación entre la primera y la segunda evaluación como entre la primera y la tercera aplicación, no así en el subgrupo de psicoterapia y farmacoterapia, en el que si se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la primera y segunda evaluación, pero no se conservó para la comparación hecha entre la primera y tercera evaluación, mostrando concordancia con los resultados ya obtenidos con el grupo en general. Dado estos resultados, el grupo más efectivo en cuanto a la reducción de sintomatología depresiva estuvo compuesto por el subgrupo que realizó psicoterapia y farmacoterapia y que además participó en el taller.

Con respecto a las evaluaciones hechas con el OQ 45.2 y con respecto al mismo análisis por subgrupo de tratamiento, se pudo observar que para el grupo control en las tres evaluaciones realizadas, comparando los subgrupos entre sí, no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Además, comparando cada subgrupo internamente con respecto a la primera y segunda evaluación así como con la primera y tercera evaluación no arrojaron diferencias significativas en la variable, es decir el tipo de tratamiento no afectó las puntuaciones observadas por el OQ 45.2 para este grupo. En las evaluaciones para el grupo experimental no se encontraron diferencias tanto entre los subgrupos como en el análisis interno de cada grupo, según las distintas evaluaciones hechas en el tiempo.

VIII.- CONCLUSIONES

El tratamiento tuvo efecto en pacientes con depresión moderada a grave, que tenían como característica de gravedad no sólo los aspectos anímicos (depresión grave en un mayor porcentaje) sino también los de personalidad (Trastornos de personalidad limítrofe en su mayoría), pero este efecto no se mantuvo en el tiempo que duró el estudio realizado. Se observó que acorde con los valores que los instrumentos consideran como rangos de cambio significativos, se observó que para el BDI el grupo experimental cambió con respecto a la primera y segunda evaluación, de un rango severamente deprimido a uno moderadamente deprimido, volviendo sin embargo al rango inicial después de dos meses. Si bien en el segundo instrumento el cambio no alcanzó a ser estadísticamente significativo en la prueba global, lo que como se mencionó anteriormente, puede ser debido a variables de modificación más lenta (como lo son el rol social y las relaciones interpersonales), si en la subescala de Sintomatología Ansiosa- Depresiva se apreciaron estas diferencias en forma significativa, corroborando así lo ya evaluado por el instrumento específico para la depresión (BDI).

Dado lo anteriormente señalado, se puede concluir que el Taller de Psicoterapia Grupal Constructivista Cognitivo para la depresión tuvo un impacto en la reducción de los síntomas depresivos para pacientes moderados a graves y que este fue significativo tanto a nivel interno de las pruebas aplicadas como también a nivel estadístico, y que además fue de corta duración. También se pudo constatar que existieron diferencias significativas entre los subgrupos de tratamientos, ya que el grupo que mantuvo un tratamiento con farmacoterapia y participó en el taller no tuvo los cambios significativos en la variable depresión que alcanzaron aquellos pacientes que además tuvieron psicoterapia individual. Esta diferencia no se pudo evaluar en la otra prueba aplicada, lo que podría indicar especificidad en la intervención realizada. Considerando estos resultados, se puede afirmar que se pudo cumplir con los objetivos propuestos, sin embargo queda como tarea importante el estudiar el cómo aumentar estos cambio y cómo poder mantenerlos en el tiempo.

Se considera que lo intensivo del taller y lo específico en el trabajo con las temáticas relacionadas con la depresión (como los pensamientos automáticos negativos, la triada cognitiva, distorsiones cognitivas), y la consolidación del grupo fuera del taller, son variables que influenciaron significativamente a que el taller tuviera un impacto inicial en la sintomatología depresiva. Por otra parte, parece ser que para pacientes tan graves como lo son los de la muestra, una intervención de tan corta duración, la disolución del grupo pasados unas semanas terminado el taller, no permitió consolidar los cambios cognitivos en los pacientes, ya que se supone estructuras cognitivas mas “sólidas” y “enraizadas” en la forma de enfrentarse la mundo de las pacientes.

Si bien la utilización del taller ya había sido probada en pacientes de menor compromiso depresivo y de personalidad, resulto ser útil de todos modos en pacientes de mayor complejidad, aunque en menor grado. Al parecer, merece la pena realizar un estudio de los aspectos que podrían perpetuar los cambios que se produjeron, de modo de maximizarlos o mantenerlos en el tiempo. Tal vez el hecho de realizar tratamientos intensivos para pacientes con depresiones severas, tal y como se puede apreciar en los tratamientos en adicciones, en los que a los pacientes más severos se les realizan tratamientos de mayor intensidad no sólo en diversidad, sino también en densidad de asistencias a éstos, pueda significar la diferencia. También es posible que sean necesarias actividades terapéuticas grupales de mayor duración, que permitan tal vez consolidar los cambios logrados, y también considerando una coordinación con tratamientos psicoterapéuticos individuales orientados a trabajar objetivos paralelos a los propuestos en los grupos.

Una situación que se pudo observar y que merece la pena evaluar fue la cohesión grupal, ya que las pacientes formaron un grupo que se reunían en instancias fuera del tratamiento, lo que les prestó soporte emocional extra y una instancia de socialización nueva para las pacientes. Se desconoce el impacto real de esta situación, pero parece relevante pensar que las pacientes naturalmente buscaron apoyo dentro del grupo de terapia, ya que algunas de ellas no poseían ninguna instancia de interacción social más allá de la familiar o vivían muy aisladas, con escaso contacto familiar.

Algunos aspectos a mejorar en futuras investigaciones podría ser el considerar como muestra un grupo de pacientes que estuvieran al inicio de su tratamiento, ya que el grupo seleccionado para esta investigación fue muy heterogéneo, con pacientes que solo llevaban un par de meses y otros con un gran historial de tratamientos, incluso varios años. Sería interesante definir cuál es el tiempo adecuado de espera, si es que lo hay, para la incorporación a terapia de grupo, ya que tal vez los pacientes inicialmente vengan descompensados emocionalmente y no puedan adecuarse a las actividades. Otra situación específica a considerar es la situación física de los pacientes, ya que una de las pacientes de la muestra que realizó el taller, presentaba complicaciones físicas, las cuales le impidieron realizar las actividades con normalidad.

BIBLIOGRAFIA

Beck, A.; Steer, R., y Brown, G. (2006). *BDI-II, Inventario de depresión de Beck*, Buenos Aires, Paidós.

Boletín Estadístico AUGÉ. (2009). *Un proceso en curso; salud transparente e informada para todos*. FONASA. MINSAL, Santiago.

Caballo, V. (1993). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid. Siglo veintiuno.

CIE – 10. (1999). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud. Capítulo V: Trastornos mentales y de comportamiento*.

Curivil, P. y Carretero, Ma. Inmaculada (2007). *Modelo de Psicoterapia Grupal Breve Constructivista Cognitivo para Trastornos del ánimo, Enfocado a Pacientes Diagnosticados con Depresión*. Memoria para optar al título de psicólogo. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

Gardner, R.C. (2003). *Estadística para psicología*. México. Pearson Educación.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México D. F. M^c Graw Hill.

http://www.redsalud.gov.cl/archivos/salud_mental/documentos_relacionados/Depresion.pdf.

MINISTERIO DE SALUD. (2006). *Guía Clínica GES, Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago. MINSAL

MINISTERIO DE SALUD (2007). *Atención de personas con depresión en el AUGE*, Web: www.redsalud.gov.cl.

MINISTERIO DE SALUD. (2008). *Informe final: estudio de carga de enfermedades y carga atribuible*. MINSAL

MINISTERIO DE SALUD. (2009). *Guía Clínica Tratamiento de personas con depresión*. Santiago. MINSAL

Montt, D. y Villarroel, A. M. (2003). *Modelo de psicoterapia grupal constructivista cognitivo para trastornos alimentarios, aplicado en un grupo de pacientes diagnosticadas con bulimia nerviosa*. Memoria para optar al Título de Psicólogo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

Von Bergen, A. y De La Parra, G. (2002). OQ-45.2 Cuestionario para Evaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia: Estandarización, validación y normas para su Aplicación e Interpretación. *Revista de Terapia Psicológica*; 20: 161-76.

Yáñez, J. (2003). *Psicoterapia grupal Constructivista Cognitiva*. Artículo no publicado.

Yáñez, J. (2005). *Constructivismo Cognitivo: Bases conceptuales para una psicoterapia breve basada en la evidencia*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.

ANEXOS

TALLER DE PSICOTERAPIA GRUPAL CONSTRUCTIVISTA COGNITIVO PARA LA DEPRESIÓN.

Autores: Dr. Ps. Juan Yáñez Montecinos

Ps. Paula Vergara Henríquez

METODOLOGÍA:

El taller esta diseñado de la siguiente manera:

- Doce sesiones de una hora y media de duración (incluye una fase de actividades psicoterapéuticas de una hora de duración y una fase de plenario de media hora aproximadamente).
- Las sesiones se realizan, idealmente, con una frecuencia de tres veces por semana.
- Todas las sesiones son realizadas en una sala alfombrada, y con espacio suficiente para el desplazamiento cómodo de cada sujeto por la sala. Las condiciones ambientales de temperatura, ruido externo y privacidad deben ser las adecuadas para este tipo de taller.
- Con respecto a las actividades del taller, se utilizan actividades semiestructuradas, debidamente planeadas según los objetivos que se persiguen en cada sesión. Sin embargo, existe la posibilidad de agregar o modificar actividades terapéuticas en función de las necesidades detectadas y las características propias del grupo.
- Para el buen resultado del taller se requiere la utilización de dos monitores debidamente capacitados tanto en la ejecución como en los elementos teóricos que están a la base del taller.
- El grupo, se caracteriza por ser de número pequeño, no sobrepasando los 16 participantes, idealmente manteniendo un número par y constituyéndose como un grupo cerrado, cuyos integrantes se mantienen a lo largo de todo el taller, no permitiéndose la entrada de nuevos miembros.
- Los participantes deben cumplir ciertos criterios de inclusión: nivel educacional básica completa, con diagnóstico de depresión mayor (unipolar) según los criterios del DSM IV,

con angustia compensada, juicio de realidad conservado y sin ideación suicida presente. Además deben estar asistiendo a algún programa de tratamiento para la depresión, puede estar interno o ambulatorio.

ENCUADRE:

- Se les solicita a los pacientes del grupo psicoterapéutico, asistir a las sesiones muy bien vestidos, resguardando el aseo y el arreglo personal. El objetivo de esta solicitud es promover la actividad por parte de los pacientes y reforzar una mejor autoimagen.
- Enfatizar en el secreto de grupo (“*Nada de lo que se conversa o sabe dentro del grupo se comenta fuera de él*”).
- Reafirmar Compromiso de asistencia y puntualidad. Hacer un contrato de participación, de esta manera se promueve la responsabilidad personal por el cambio.
- Al comenzar y finalizar cada sesión, los pacientes se darán la mano sosteniendo con la otra, el antebrazo del compañero y manteniendo contacto visual: de esta manera se da inicio y finalización a la sesión.
- La participación de los monitores es de guiar, conducir y facilitar las actividades experienciales y de análisis de los participantes, siendo crucial su rol para propiciar las condiciones de cambio de los pacientes. En este sentido, los monitores deben abstenerse de participar en las actividades del taller y mantener una actitud formal y cálida que promueva un contexto de respeto y calidez.
- La utilización de celulares o de cualquier elemento que pudiese romper el clima logrado en la sesión queda absolutamente prohibida.

PRINCIPIOS:

1. La significación de las actividades del taller deben darse preferentemente en plenario, para poder guiar y conducir las conclusiones en una línea más generativa.
2. Validación de las experiencias personales, sean estas positivas o negativas.
3. Las experiencias negativas deben ser analizadas según la asertividad generativa:
 - a) evaluación de la propia responsabilidad,
 - b) el resultado siempre aporta información tanto de sí mismo como del otro y del mundo) y
 - c) disminución del nivel de fantasía.

4. El modelo de aprendizaje que persigue el taller es de tipo vicario, por lo que no es necesario que todos los participantes realicen todas las actividades, siendo el análisis en plenario la actividad más importante para poder generar cambio en la forma de significar las experiencias.
5. El material preferente del taller es la experiencia en curso de los integrantes en las actividades; la historia y el conocimiento técnico actúan solo como referentes.
6. Las intervenciones deben ser preferentemente de los integrantes, equilibrando y estimulando la participación de todos. Los relatores deben remitirse al mínimo posible. Abstención y Neutralidad.
7. Las sesiones deben respetar la estructura especificada, de modo de favorecer la domiciliación de los participantes. Deben iniciar y cerrar con un buen clima grupal. La turbulencia puede ocurrir solo al interior del taller.
8. Los terapeutas y participantes deben guardar celosamente el secreto de lo tratado en el taller.
9. No se debe seguir trabajando o comentando lo tratado en las sesiones, salvo indicación contraria.
10. El taller provee una experiencia personal e interpersonal en curso para ser significada de una manera alternativa al estilo depresivo, de modo que instale un modelo a aplicar en situaciones cotidianas.
11. El taller y las experiencias que se desprenden son exclusivamente de los integrantes (Apropiación Personal). Los terapeutas no participan en las actividades. Se mantienen atentos a la dinámica e intervienen para regularla y direccionarla en pos de los objetivos propuestos. (“Pasan piola”).

ESTRUCTURA DE LAS SESIONES:

Cada sesión debe seguir la siguiente modalidad:

1. **Recepción:** consiste en que los terapeutas, con su setting previamente preparado, reciben a los integrantes con un saludo de mano a cada uno. (2 minutos)
2. Saludo entre los participantes de la manera convenida. (3 minutos)
3. **Contención inicial:** Ronda voluntaria para dar la oportunidad de hacer un comentario sobre lo que pasó entre sesión. El terapeuta concede el tiempo, pero se encarga que sea breve, y aconseja tratarlo en la psicoterapia individual. (10 minutos aproximadamente)
4. **Ejercicio central:** Actividad experiencial que permite los objetivos del taller. (45 minutos)
5. **Plenaria:** Análisis, discusión y reflexión en que se ordenan los conceptos tratados en la sesión. Se revelan y trabajan los elementos clásicos de la depresión: Tonalidades emotivas,

triada cognitiva, pensamientos automáticos, esquemas cognitivos subyacentes distorsiones cognitivas, etc. (30 minutos).

6. **Cierre:** Se termina con algún comentario breve de los terapeutas, contingente a lo tratado en la plenaria. Se finaliza con un aplauso y los pacientes se despiden de la manera convenida entre ellos. Los terapeutas se despiden formalmente de cada integrante (3 minutos).

SESION N° 1: BIENVENIDA – DOMICILIÁNDOSE (ARMANDO EL NIDO)

Objetivos:

- Que los integrantes se conozcan en un clima de confianza y calidez.
- Aclarar expectativas de los participantes y especificar los alcances de la terapia de grupo.
- Instituir los objetivos generales comunes al taller.
- Recaudar el relato y las experiencias de los integrantes del grupo con su sintomatología depresiva.

ACTIVIDADES

1. Introducción: presentación del setting, encuadre, los procedimientos del taller y aspectos administrativos.
2. Informar y elaborar los objetivos generales del taller en plenario.
3. Dinámica: Presentación cruzada de los participantes: Los terapeutas explican: en parejas, cada uno hablará de si mismo y presentará a su compañero durante cinco minutos, el que escucha lo hará en un silencio absoluto y solamente le hablará a su pareja para avisarle que los cinco minutos se cumplieron (sin preguntas, sin interrupciones). Luego, cada uno de los pacientes presenta a su pareja ante el grupo, desde lo que su compañero le dijo. La dupla se constituirá en “socios”, por lo que durante todo el taller el socio será un compañero con el que se puede contar para hacer ciertos análisis y el que debe estar como “ayudante” frente al cambio de cada participante.
4. Exponer experiencias personales en torno a la depresión y explicitar las expectativas sobre el taller.
5. Actividad de cierre. Entregar un sobre a cada participante, en el aparece un nombre de alguno de los participantes del taller, éste es el “amigo secreto” a quien se le dedicará la bitácora en la que se irá plasmando la experiencia personal vivida en el taller.

SESION N° 2 GENERANDO CONFIANZA (EL CUERPO EN EL ESPACIO)

Objetivos:

- Estimular la intersubjetividad a través de redes generativas grupales.
- Reconocimiento del estilo interpersonal y comunicativo
- Modelar y reordenar estilos personales

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal e instalación del saludo ceremonial

Descripción de la Actividad

- Todos los participantes se ponen de pie y comienzan a circular por toda la sala.
- Las indicaciones del coordinador van progresivamente desde el mirarse hasta el saludo con un abrazo.
- Ejemplo:
 - Caminar encontrándose con la mirada
 - Saludarse con el codo derecho / iz.
 - Saludarse con la cabeza
 - Saludarse con la rodilla derecha / iz.
 - Saludarse con el hombro derecho / iz
 - Saludarse con un abrazo

2. Contención inicial

3. Dinámica: **Contando un Día**: se divide el grupo en dos y se sientan haciendo dos semicírculos. A cada persona se le asigna un observador que estará sentado en el semicírculo de al frente. Cada miembro del semicírculo relatará en su turno al plenario cómo fue la jornada del día anterior, haciendo énfasis en situaciones interpersonales. Una vez que todos los integrantes del semicírculo hacen el relato, los observadores irán uno a uno señalando sólo los aspectos positivos de la participación de sus compañeros en el relato efectuado. De acuerdo al relato los relatores moderan los comentarios y los relatos.

Puntos de Análisis en Plenaria: Objetivos Técnicos:

Hablante:

Construcción del relato de la experiencia pasada. (EX - EX)

Evaluación del relato en el espacio social

Acceso a la experiencia inmediata y explicación y cómo se mueve esa interfase.
(Autoorganización)

Oyente:

Obligatoriedad de centrarse en los aspectos gratificantes del otro

Obligatoriedad de mantenerse en el lugar del oyente

Facilitar la complementariedad de las experiencias propias y con el otro (empatía)

4. Cierre

SESION N° 3 GENERANDO CONFIANZA (EL CUERPO EN EL ESPACIO)

Objetivos:

- Formar redes intersubjetivas grupales.
- Reconocimiento del estilo interpersonal y comunicativo
- Modelar y reordenar estilos personales

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica: **Contando un Día**: se divide el grupo en dos y se sientan haciendo dos semicírculos. A cada persona se le asigna un observador que estará sentado en el semicírculo de al frente. Cada miembro del semicírculo relatará en su turno al plenario cómo fue la jornada del día anterior, haciendo énfasis en situaciones interpersonales. Una vez que todos los integrantes del semicírculo hacen el relato, los observadores irán uno a uno señalando sólo los aspectos positivos de la participación de sus compañeros en el relato efectuado. De acuerdo al relato los relatores moderan los comentarios y los relatos.

Puntos de Análisis en Plenaria

Objetivos Técnicos:

Hablante:

Construcción del relato de la experiencia pasada. (EX - EX)

Evaluación del relato en el espacio social

Acceso a la experiencia inmediata y explicación y como se mueve esa interfase.
(Autoorganización)

Oyente:

Obligatoriedad de centrarse en los aspectos gratificantes del otro

Obligatoriedad de mantenerse en el lugar del oyente

Facilitar la complementariedad de las experiencias propias y con el otro (empatía)

4. Cierre

SESION N° 4: LOGRANDO COMPLEMENTARIEDAD.

Objetivos:

- Conocer y practicar el concepto de complementariedad interpersonal en sus tres componentes (conducta, emoción y cognición)
- Desarrollo de la habilidad empática
- Practica de la expresividad y receptividad del modelo comunicacional
- Evaluar y practicar las habilidades generativas (intimidad, mantención, proyección e intensidad)

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial
2. Contención inicial.
3. Dinámica: Lazarillo modificado

Descripción de la Actividad

- Se divide a los integrantes en dos grupos y en cada grupo se forman parejas. Uno será el ciego y el otro el lazarillo. El lazarillo guiará al ciego para que recorra un espacio abierto señalado por el coordinador y lo hará conocer el lugar y los distintos objetos que lo componen, haciendo utilizar al ciego el máximo de sentidos posible. Lazarillo y ciego no hablan durante el recorrido, sólo se dan instrucciones con el cuerpo. Lazarillo debe cuidar al ciego. Ciego hace el circuito solo (tiempo máximo 15 min. por ciego)

Puntos de Análisis en Plenaria

- Diferencias personales
- Actitud protectora / sobreprotectora de los lazarillos
- Capacidad de dar confianza del lazarillo.
- Empatía del lazarillo sobre necesidades del ciego.
- Capacidad de confiar el ciego en su lazarillo
- Recursos utilizados por el ciego para realizar el recorrido (mapas conceptuales, ensayo – error, etc.)
- Aparición de pensamientos automáticos: ideas disfuncionales sobre sí mismo, el otro y el mundo.
- Emociones emergentes durante el recorrido
- Metas / logros

4. Cierre.

SESION N° 5 EL TRANSFONDO DEL PENSAMIENTO DEPRESIVO

Objetivos:

- Promover la emergencia de los pensamientos depresivos
- Promover la emergencia del concomitante emocional
- Reconocimiento de esquemas cognitivos subyacentes

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica: Armando Historia

Se divide a los participantes en cuatro grupos, a cada grupo se le entrega una lámina (Rosenzweig) en la que aparece una situación graficada. Cada participante del grupo tendrá que anotar en el espacio lo que piensa / siente y lo que haría. Comentan entre los integrantes lo que anotaron y eligen el que más los representa. Se expone en el plenario y se conduce el análisis aplicando el programa de reestructuración cognitiva de Beck

Se les dará una batería de preguntas para ayudar al cambio de pensamiento:

¿Cuál es la probabilidad de que suceda?

¿Qué evidencia existe?

¿Qué es lo más adaptativo para este caso o momento?

¿Qué importancia tiene esto con respecto a un problema mayor (ejemplo: hambre que hay en el mundo o con la parálisis)?

¿Qué es lo peor que podría suceder?

¿Ha comprobado qué se siente cuando realiza actividades la mayor parte del día?

¿Ha comprobado lo que piensa?

¿En otros terrenos tampoco ha conseguido nada?

¿Qué pruebas tiene sobre lo que piensa?

¿Cree que porque lo está pensando puede ser cierto o existe alguna duda?

¿Puede ser de otra manera a como lo piensa?

¿Los hechos sobre los que se apoya, son relevantes o son circunstanciales?

Supongamos que hay otras alternativas ¿Cuáles serían?

Esto que expone, es ¿al 60%, al 70% o al 100%?

Bien dice que no te quiere quedar con la duda ¿Por qué no se lo pregunta y vemos lo que sucede?

Se lo tomará como un experimento ¿Le parece?

Si fuera su hermana ¿La juzgaría por el mismo patrón?

¿Que pensaría otra persona sobre lo que está sucediendo?

¿Se exige más que al resto de personas?

¿Qué pasaría si usted no hubiera existido, el mundo seguiría igual?

¿Qué cambiaría si pudiera volver a vivir la situación?

¿Exagera el grado de control que tiene sobre los otros?

¿Está siendo demasiado estricta consigo misma?

¿Se estás culpando demasiado?

Deben quedar registrados e instalada la capacidad para generar pensamientos alternativos que fuesen más adaptativos al sujeto

Tarea: Registrar situaciones en las que sucedieran eventos similares a los trabajado en la sesión. Se utiliza la siguiente planilla:

EJEMPLOS DE TERAPIA COGNITIVA REALIZADO EN LA SESION DE GRUPO

Ejemplo de situación de malestar	Emoción y reacción	Pensamientos Automáticos Negativos	Nuevos pensamientos y resultados

5. Cierre.

SESIÓN N° 6: PILLANDO EL PENSAMIENTO

Objetivos:

- Reforzar la detección de pensamientos disfuncionales en las situaciones cotidianas
- Promover el análisis de pensamientos alternativos a las situaciones perturbadoras.

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica

Se dividen en grupos distintos y revisan en conjunto la tareas, corrigen entre ellos, mejoran los pensamientos alternativos y modulan la emoción. Eligen la situación que más los represente para mostrarla en el plenario. En plenario se revisan las situaciones, se analizan los pensamientos, se buscan pensamientos alternativos y se modula la emoción.

Previo al análisis en plenario se realiza la rueda de la confianza.

4. Cierre.

SESION N° 7: EL SENTIDO DE SÍ MISMO DEPRESIVO: ¿SOY INDESEABLE?

Objetivos:

- Desarrollo capacidad expresar cualidades y virtudes a los otros
- Desarrollo capacidad de recibir halagos de los otros
- Incorporación del juicio de los demás al sí mismo
- Contraste entre la opinión personal y la ajena sobre sí mismo
- Modular la emoción en una situación interpersonal crítica

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial
2. Contención inicial.
3. Dinámica: DAR Y RECIBIR AFECTO

Descripción de la Actividad

Todo el grupo se sientan en círculo quedando una silla desocupada al centro. Cada integrante debe pasar por la silla del centro y sin hacer comentarios, escucha lo que sus compañeros le dicen. Todos los que están alrededor le expresarán al colega del centro *algún aspecto que admiran o que les guste de él.*

Los moderadores deberán registrar los conceptos que aparezcan con mayor frecuencia.

Recomendaciones para la actividad:

- Al expresar el halago, es importante ser precisos y que se evite explicar o contextualizar lo que están diciendo.
- El halago debe ser dicho en positivo (evitar que empiecen con frases como “al principio me caías mal pero...”)
- Todos los que están alrededor deben expresarle algo al del centro

Puntos de Análisis

- Capacidad de reconocer y expresar aspectos positivos en los otros.
 - Capacidad de recibir sin excusar lo que los otros reconocen en uno mismo.
 - Reconocer los pensamientos automáticos y posibles dificultades para incorporar la opinión de los otros.
 - Distinción entre autoconcepto y apreciación de los demás
 - Respeto por opiniones, tempos y emocionalidad de los otros.
4. Cierre.

SESIÓN N° 8: EL SENTIDO DE SÍ MISMO DEPRESIVO: ¿SOY INDESEABLE?

Objetivos:

- Desarrollo capacidad expresar cualidades y virtudes a los otros
- Desarrollo capacidad de recibir halagos de los otros
- Incorporación del juicio de los demás al sí mismo
- Contraste entre la opinión personal y la ajena sobre sí mismo
- Modular la emoción en una situación interpersonal crítica

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial
2. Contención inicial.
3. Dinámica: DAR Y RECIBIR AFECTO

Descripción de la Actividad

Todo el grupo se sientan en círculo quedando una silla desocupada al centro. Cada integrante debe pasar por la silla del centro y sin hacer comentarios, escucha lo que sus compañeros le dicen. Todos los que están alrededor le expresarán al colega del centro *algún aspecto que admiran o que les guste de él*.

- Los moderadores deberán registrar los conceptos que aparezcan con mayor frecuencia.

Recomendaciones para la actividad:

- Al expresar el halago, es importante ser precisos y que se evite explicar o contextualizar lo que están diciendo.
- El halago debe ser dicho en positivo (evitar que empiecen con frases como “al principio me caías mal pero...”)
- Todos los que están alrededor deben expresarle algo al del centro

Puntos de Análisis

- Capacidad de reconocer y expresar aspectos positivos en los otros.
 - Capacidad de recibir sin excusar lo que los otros reconocen en uno mismo.
 - Reconocer los pensamientos automáticos y posibles dificultades para incorporar la opinión de los otros.
 - Distinción entre autoconcepto y apreciación de los demás
 - Respeto por opiniones, tiempos y emocionalidad de los otros.
4. Cierre.

SESION N° 9: BUSCANDO UN CAMINO DISTINTO

Objetivos:

- Ensayo conductual a través de diversas situaciones de los contenidos tratados en el taller
- Modulación de las ideas depresiogénicas
- Modulación de los estados emocionales en situaciones de demanda interpersonal
- Resignificación de experiencias críticas

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica:

- Se junta cada persona con su “socio”, haciendo duplas.
- Tres duplas tendrán que crear situaciones en las que se ponga en juego el concepto que el moderador les entregue. Estas tres duplas se dividen en: a) Situación fácil, b) Situación media y c) Situación difícil. Constituyendo de esta manera tres estaciones.
- El concepto que el moderador entrega, es uno de los registrados en las sesiones anteriores de la actividad “dar y recibir afecto”.
- Una cuarta dupla tendrá que pasar por cada una de las estaciones. Uno de ellos será el participante y el otro el observador, esta división se mantiene en las tres estaciones. Sólo podrá avanzar de una estación a otra, una vez que “el socio participante” de una respuesta a la situación que se le presenta.
- Cuando termina de pasar por una estación se hace 1 minuto de análisis en el que el “socio observador” le da un feedback de su participación, haciendo énfasis en los aspectos a destacar y en aquellos que hay que mejorar.
- Luego cambian los participantes, la mitad del grupo pasa en esta ocasión.

Puntos de Análisis Plenario

- Capacidad para reconocer tendencias a la acción.
- Pensamientos distorsionados: existencia y capacidad de determinar una actitud ante una situación
- Estados emocionales: impacto frente a la situación, emoción en curso de la respuesta, estado emocional durante el minuto de análisis.

4. Cierre.

SESION N° 10: BUSCANDO UN CAMINO DISTINTO

Objetivos:

- Ensayo conductual a través de diversas situaciones de los contenidos tratados en el taller
- Modulación de las ideas depresiogénicas
- Modulación de los estados emocionales en situaciones de demanda interpersonal
- Resignificación de experiencias críticas

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica:

- Se junta cada persona con su “socio”, haciendo duplas.
- Tres duplas tendrán que crear situaciones que ponga en juego el concepto que el moderador les entregue. Estas tres duplas se dividen en: a) Situación fácil, b) Situación media y c) Situación difícil. Constituyendo de esta manera tres estaciones.
- El concepto que el moderador entrega, es uno de los registrados en las sesiones anteriores de la actividad “dar y recibir afecto”.
- Una cuarta dupla tendrá que pasar por cada una de las estaciones. Uno de ellos será el participante y el otro el observador, esta división se mantiene en las tres estaciones. Sólo podrá avanzar de una estación a otra, una vez que “el socio participante” de una respuesta a la situación que se le presenta.
- Cuando termina de pasar por una estación se hace 1 minuto de análisis en el que el “socio observador” le da un feedback de su participación haciendo énfasis en los aspectos a destacar y en aquellos que hay que mejorar.
- Luego cambian los participantes, pasa la segunda mitad del grupo.

Puntos de Análisis Plenario

- Capacidad para reconocer tendencias a la acción.
 - Pensamientos distorsionados: existencia y capacidad de determinar una actitud ante una situación
 - Estados emocionales: impacto frente a la situación, emoción en curso de la respuesta, estado emocional durante el minuto de análisis.
4. Cierre.

SESION N° 11: MANEJÁNDOSE A SÍ MISMO

Objetivos:

- Control de los indicadores corporales de la ansiedad
- Instalar la capacidad para reconocer estados de tensión y relajación
- Controlar estados emocionales a partir del manejo de musculatura estriada

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial
2. Contención inicial.
3. Dinámica: Relajación Progresiva de Jacobson y Borkovec (ver anexo)

Puntos de Análisis Plenario

- Capacidad para reconocer estados ansiosos
- Capacidad para distinguir estados de tensión v/s relajación

4. Cierre.

SESION N° 12:

Objetivos:

- Promover una situación interpersonal y emocional intensa entre los participantes.
- Sostener las condiciones grupales para el manejo de la intimidad corporal.
- Evaluar las habilidades expresivas y receptivas de los contenidos íntimos.
- Favorecer la despedida de cada uno de los integrantes en una situación emocional generativa.

ACTIVIDADES

1. Saludo corporal y saludo ceremonial

2. Contención inicial.

3. Dinámica:

INMERSIÓN EMOCIONAL: consiste en que cada uno de los integrantes del grupo es objeto de ser mecido suavemente mientras se murmulla de manera melodiosa su nombre, luego se detiene el movimiento y sus compañeros tocan alguna parte del cuerpo de manera soólida, consistente. El ejercicio culmina cuando cada uno de los participantes ha sido mecido, nominado y tocado por sus compañeros. La persona que vivencia la actividad está con los ojos vendados, acostado sobre una manta firme que será levemente levantada durante el mecimiento

Puntos de Análisis Plenario

- Nivel emocional que genera la actividad
 - Significación atribuida a la experiencia
 - Niveles de confianza personal e interpersonal
 - Red generativa entre los distintos integrantes
 - Anticipación de la pérdida, en términos de: angustia, amenazas y fantasías del cierre del taller
4. Cierre: Entrega de bitácora, despedida entre “socios”, despedida del taller.