



Artículo
completo

Índice temático



**EDUCACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE EQUIPOS
INTERPROFESIONALES DE ATENCIÓN A LA SALUD**

José Francisco Gómez Clavel, Carmen Alicia Jiménez Martínez, Juan Pineda Olvera,
Xavier de Jesús Novales Castro, Marcela Jiménez Martínez, María de Guadalupe Duhart
Hernández, Sandra ivonne Muñoz Maldonado y Dante Amato



**RELACIÓN Y DIFERENCIAS ENTRE LAS DIMENSIONES DE
SATISFACCIÓN LABORAL**

Elsa Cecilia Burgos Ríos, Carlos Alejandro Anaya Vázquez, Marco Alberto Núñez Ramírez
y Rosalva Irma Castro Álvarez



**CARACTERIZACIÓN DE CONDUCTAS DE ACOSO (BULLYING) EN
ADOLESCENTES**

Sandra Muñoz Maldonado, Anarubi Sarahí Navarro Varón, Ximena Durán Baca, Cynthia
Zaira Vega Valero y Enrique Berra Ruiz



**DIAGNÓSTICO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN TRABAJADORES
DE UNA ORGANIZACIÓN DEL SECTOR ELÉCTRICO**

María José de Lille Quintal, Cecilia Aguilar Ortega, Magdalena Escamilla Quintal y Thelma
Cetina Canto



**PROGRAMA DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA
JÓVENES UNIVERSITARIOS DE LA UNAM: CARACTERÍSTICAS DE LA
POBLACIÓN QUE SOLICITA SUS SERVICIOS**

Janett Esmeralda Sosa Torralba, Martha Patricia Romero Mendoza, Bertha Blum
Grynberg, Vicente Zarco Torres y María Elena Medina Mora Icaza



La Revista Electrónica de Psicología Iztacala tiene por objetivo la publicación en Internet de artículos con una orientación psicológica científica. Entendiendo por esto, las principales corrientes actuales dentro del campo, tales como la teoría conductual, la aproximación familiar sistémica, la teoría interconductual principalmente. La finalidad de la presente revista es establecer un foro de expresión para los interesados en la Psicología con una aproximación científica en general. Se encuentra abierta para la publicación de artículos tanto teóricos como aplicados dentro del campo. La inquietud surge como la búsqueda de un espacio de publicación con alcances nacionales e internacionales con la finalidad de expandir el conocimiento y técnicas dentro de la psicología como disciplina científica. Esta revista esta pensada para que sea consultada por estudiantes y profesionales de la psicología nacionales e internacionales. Ahora inicia una nueva época en la que se abre a todos los campos de la psicología. Hasta ahora, el alcance de esta revista ha sido tanto nacional como internacional, teniendo una crítica muy positiva. Esperamos que siga recibiendo la misma acogida en el campo de la psicología.

Atentamente

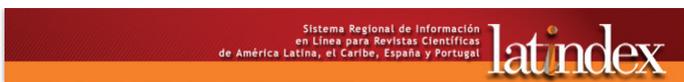
El Editor

José de Jesús Vargas Flores

Esta revista se encuentra actualmente indexada en las siguientes bases de datos especializadas:



iresie



Revista Electrónica de Psicología Iztacala (REPI). Año 21, No. 2, junio de 2018. Es una publicación trimestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán. C.P. 04510, a través de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios N° 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepanitla, Estado de México, C.P. 54090; Teléfonos 5623-1204 y 5623-1207. Correo electrónico jjvf@unam.mx. Editor responsable Dr. José de Jesús Vargas Flores. Reserva de Derechos al uso Exclusivo No. 04-2011-021010524800-203. Expedido por Instituto Nacional del Derecho de Autor. ISSN: 1870-8420. Responsable de la última actualización de este número: Valentín Moreno Colín. Jefe de la Sección de Desarrollo y Administración de Sitios Web, perteneciente a la Unidad de Sistemas, Telecomunicaciones y Cómputo de la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. Av. De los Barrios N° 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepanitla, Estado de México, C.P. 54090. Fecha de última modificación el día 25 de junio de 2018. La responsabilidad de los textos publicados en la Revista Electrónica de Psicología Clínica (REPI) recae exclusivamente en los autores y su contenido no refleja necesariamente el criterio de la institución.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los artículos aquí presentados, siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.

PROGRAMA DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN
PSICOLÓGICA PARA JÓVENES
UNIVERSITARIOS DE LA UNAM:
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN QUE
SOLICITA SUS SERVICIOS.

PROGRAM OF COUNSELLING AND
PSYCHOLOGICAL CARE FOR UNIVERSITY
STUDENTS OF THE UNAM:
CHARACTERISTICS OF THE POPULATION
THAT REQUESTED THEIR SERVICES

Janett Esmeralda Sosa Torralba¹, Martha Patricia Romero Mendoza², Bertha Blum
Grynberg³, Vicente Zarco Torres⁴, María Elena Medina-Mora Icaza⁵

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

¹ Maestra en Psicología. Doctorante en Psicología y Salud. Facultad de Psicología, UNAM, jan_est@comunidad.unam.mx

² Doctora en Antropología. Investigadora en Ciencias Médicas F. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Nacional de Psiquiatría, martha.promero2@gmail.com

³ Doctora en Psicología. Coordinadora de la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes, Facultad de Psicología, UNAM, bblumg@gmail.com

⁴ Maestro en Psicología. Profesor de Carrera de la División de Investigación y Posgrado, Facultad de Psicología, UNAM, vicentezarco@gmail.com

⁵ Doctora en Psicología. Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría, medinam@imp.edu.mx

RESUMEN

Los trastornos psicológicos en los estudiantes universitarios son frecuentes y, por lo general, poco atendidos, se asocian con bajo rendimiento y deserción escolar. Pueden ser prevenidos y tratados, evitando desenlaces negativos. Los objetivos de este estudio son describir el modelo de atención del Programa “ESPORA Psicológica” y conocer las características de una muestra de universitarios solicitantes de atención. Mediante un estudio transversal descriptivo, se recolectaron datos sociodemográficos, escolares, clínicos, y se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10), Instrumento Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM), Inventario de Depresión de Beck (BDI). La mayor demanda de atención fue de alumnos de los primeros y el octavo semestre, más de la mitad había reprobado, al menos, una materia en su trayectoria académica. Los principales motivos de consulta fueron los que implicaban alteraciones y padecimientos del área emocional, escolar y social. Hubo una alta prevalencia de sintomatología depresiva, aunada a síntomas de ansiedad, repercutiendo en el funcionamiento y bienestar subjetivo. Los autores reflexionan sobre los problemas y el malestar psicológico en la vida de los estudiantes y la importancia de tener un espacio en el que puedan analizar, resolver o disminuir la intensidad y consecuencias que suscitan.

Palabras clave: ESPORA Psicológica, jóvenes universitarios, malestar psicológico.

ABSTRACT

Psychological disorders in university students are frequent and, often, poorly attended, are associated with low achievement and dropout rates. They can be prevented and treated, avoiding negative outcomes. The objectives of this study are to describe the model of the "Psychological ESPORA" Program and to know the characteristics of a sample of university applicants for care. Through a descriptive cross-sectional study, sociodemographic, school, and clinical data was collected, and the following instruments were used: Kessler Psychological Disability Scale (K-10), Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM), Beck Depression Inventory (BDI). The highest demand for care was for students in the first and eighth semesters, more than half had failed at least one subject in their academic career. The main reasons for consultation were those involving alterations and suffering of the emotional, school and social area. There was a high prevalence of depressive symptomatology, coupled with anxiety symptoms, affecting subjective functioning and well-being. The authors reflect on the problems and psychological distress in students' lives and the importance of having a space in which they can analyze, solve or diminish the intensity and consequences they cause.

Key words: ESPORA Psychological, university students, psychological distress.

INTRODUCCIÓN.

A nivel internacional, se ha reconocido la importancia del papel que desempeñan los jóvenes en el mundo como un sector estratégico en el desarrollo continuo de la sociedad (ONU, 2010). En México, se ha estimado que alrededor del 25% de la población total es de adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años de edad (INEGI, 2016), quienes se enfrentan a retos de transición escolar-laboral o de alejamiento de su entorno, incluso pueden enfrentarse a carencias en sus habilidades de formación y desarrollo personal por su desconocimiento y escasa participación en actividades académicas, sociales, políticas y culturales (SEDESOL-IMJUVE, 2013).

La salud física y mental es considerada como parte del bienestar y desarrollo de las potencialidades de los jóvenes. Si bien la juventud se caracteriza por mejores condiciones y un estado favorable en su salud física (CONAPO, 2010), en términos de salud mental se considera vulnerable. Los estudios de carga global de enfermedad muestran, consistentemente, que jóvenes con edades entre los 20 y 29 años son los más afectados con la mayor proporción de mortalidad prematura y días vividos sin salud (Patel et al., 2015). Además, algunos comportamientos y enfermedades que comienzan en la juventud se asocian a una carga de morbilidad en la edad adulta (OPS, 2011).

Entre las patologías mentales más comunes que afectan a esta población, se ha señalado que, en jóvenes entre 15 y 19 años de edad, la depresión es un padecimiento que se presenta con frecuencia en ese periodo, a lo cual se aúna que el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes entre los 15 y 24 años (Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, 2009). Son varios los factores que se hallan relacionados con la problemática de suicidio en jóvenes, tales como los trastornos alimentarios, el abuso sexual y el maltrato (Vianchá, Bahamón y Alarcón, 2013). Sin dejar de lado que día a día el consumo de sustancias afecta a un mayor número de jóvenes y comienza a edades cada vez más tempranas (Mendoza, 2011).

Un porcentaje del sector juvenil cursa estudios universitarios. El primer año de la carrera es de relevancia para la adaptación de los recursos personales, como las habilidades, destrezas y procesos de aprendizaje. En este período, hay un ajuste

en la integración de las experiencias académicas y sociales precedentes y en las ideas imprecisas sobre la elección de carrera o el compromiso en las actividades académicas. Además, las posibilidades económicas para costear los estudios y los antecedentes familiares juegan un papel importante en la inserción universitaria (Silva, 2011; Tinto, 2008).

Se ha puesto énfasis en afirmar que quienes inician estudios universitarios, al mismo tiempo de lograr que su elección de carrera sea acorde con las condiciones del contexto del país y del mundo en general, también tengan los recursos, las potencialidades personales y profesionales, y, además, se encuentren mentalmente sanos para hacer frente a las situaciones que se viven a lo largo de este período, para que disminuyan los efectos negativos de las demandas implícitas al cursar la carrera (Cano, 2008). Es decir, encima de los problemas a los que se enfrentan como sector juvenil al que pertenecen, el inicio y continuación de una carrera profesional implica varios cambios reflejados en distintos ámbitos de su vida, trastocando con frecuencia su bienestar psicológico por las exigencias y experiencias que acarrea (Bitsika, Sharpley y Rubenstein, 2010).

Se ha documentado que la prevalencia de trastornos mentales en los estudiantes universitarios es importante. Una encuesta que incluyó a estudiantes universitarios de 22 países, entre ellos México, encontró una alta prevalencia de trastornos mentales de 20.3%, pero sólo 16% de los que habían presentado un trastorno en los 12 meses previos al estudio habían recibido tratamiento. En la mayoría de los casos (83%) la problemática había iniciado antes del ingreso a la universidad, además, la deserción escolar estaba asociada con la existencia de trastornos previos (Auerbach et al., 2016). En otras investigaciones sobre el riesgo de depresión y comportamiento suicida, se ha reportado que los jóvenes universitarios entre los 15 y 29 años de edad son la población más vulnerable al riesgo de comportamiento suicida (Eguiluz, Ortiz y Illaramendi, 2016), y es importante retomar el hecho de que, en la mayoría de las muertes por suicidio de jóvenes, la depresión es un trastorno comórbil con esta problemática (Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, 2009).

Al estudiar la prevalencia mundial de padecimientos mentales en los jóvenes, es relevante tomar en cuenta los problemas que afectan al bienestar emocional de la población universitaria, así como identificar y reconocer las afectaciones de ésta, como se ha visto en diversas investigaciones (Báez, 2015; Flores, Jiménez, Pérez, Ramírez y Vega, 2007; Franco y otros, 2010; Rosales, Córdova, Hernández y Zúñiga, 2014). Se ha señalado la importancia de que las instituciones universitarias, aunado a la enseñanza y profesionalización de sus alumnos, también tengan programas de detección e intervención que apoyen a esta población en la mejora de su calidad de vida, en la prevención de conductas de riesgo y en la reflexión y búsqueda de alternativas más adecuadas para sus problemáticas escolares, familiares, sociales, etc., durante su trayectoria escolar (Adamo y otros, 2012; Eguiluz et al., 2016; Pérez, Ponce, Hernández y Márquez, 2010; Rosales y otros, 2014).

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ha reconocido la importancia de considerar la salud integral de la población estudiantil a fin de asegurar su mejor aprovechamiento escolar y responder a “las necesidades de fortalecer la atención a la juventud, ya que ésta ocupa actualmente un lugar preponderante en la agenda mundial por razones demográficas, económicas y de salud” (López-Bárcena y González, 2005, s. p.). Dentro de estos lineamientos, ha detectado que su población escolar es susceptible de presentar daños inmediatos o tardíos asociados con factores de riesgo que afectan a su salud mental. Los programas de la UNAM buscan atender las necesidades de los estudiantes, por ello, no sólo es necesario identificar los padecimientos mentales, sino también crear estrategias de intervención.

En tal sentido, las autoridades académicas de la UNAM manifestaron su preocupación por la baja eficiencia terminal y el estado emocional de diferentes grupos de alumnos, lo que dio origen al Programa “Espacio de Orientación y Atención Psicológica (ESPORA Psicológica)”. El Programa parte del supuesto teórico de que la atención psicoterapéutica disminuye los conflictos que provocan sufrimiento y malestar psíquico e interfieren en el desempeño académico y en otras áreas de vida de los jóvenes.

Existen diferentes intervenciones probadas en jóvenes que incluyen la consejería, intervenciones breves conductuales o cognitivo conductuales (Reavley y Jorm, 2010), e intervenciones de mayor profundidad como las terapias con enfoque psicoanalítico (Gullo, Coco y Gelso, 2012). Debido a las demandas en el escenario de trabajo, se optó por una intervención con una perspectiva teórico-clínica psicoanalítica, donde se focalizan áreas de conflicto para ser analizadas, procesadas desde una perspectiva histórica-actual y, a partir de ello, disminuyan sus efectos negativos.

Las intervenciones con este enfoque teórico-clínico tienen la ventaja de promover que los jóvenes se acerquen a su mundo interno y externo, se visualicen a sí mismos, hablen de sus experiencias y mejoren su malestar (Adamo y otros, 2012; Hetherington, 1999), pues profundiza en el origen y en el desarrollo de los síntomas y problemáticas patológicas (Freud, 2006). Cuando se trata de una intervención focalizada, se analizan áreas particulares donde se expresan dificultades, síntomas y defensas históricas desencadenadas por situaciones actuales (Fiorini, 2012; Freiré, 1997). Además, las intervenciones que se dirigen a un área problemática, pueden tener efectos sobre otras áreas, influyendo en la reestructuración del conjunto del conflicto intrapsíquico y posicionando al sujeto en un modo distinto frente a éste (Fiorini, 2012).

Los objetivos del Programa son los siguientes (Blum y otros, 2016):

- 1) Brindar atención psicológica de calidad (especializada y específica) a los alumnos;
- 2) Organizar, sistematizar y almacenar la información obtenida en la clínica;
- 3) Funcionar como una red que identifique problemáticas específicas en los alumnos, más allá del campo de la psicología, y ofrecer alternativas para su solución;
- 4) Elaborar informes cualitativos y cuantitativos de las problemáticas detectadas que, al mismo tiempo, sirvan para generar investigación en el campo de la psicología clínica y social;
- 5) Finalmente, generar investigación en el campo de la psicología clínica y social.

El Programa es coordinado por la Doctora Bertha Blum Grynberg y el Maestro Vicente Zarco Torres, quienes son psicoanalistas expertos y con amplia experiencia en el trabajo clínico con adolescentes y jóvenes. Los terapeutas que laboran en el Programa son Maestros en Psicología, tienen entre 5 y 7 años de experiencia en el trabajo clínico. El Programa incluye un trabajo clínico supervisado donde el equipo profesional interviniente analiza y discute el diagnóstico, estrategias y vicisitudes del proceso terapéutico, así como las decisiones clínicas y éticas en cuanto a los casos.

La atención psicoterapéutica que se brinda a los estudiantes es de 14 sesiones. Las dos primeras consisten en la realización de entrevistas de exploración (Díaz, 1998; Fiorini, 2012). Además de que el terapeuta explica al consultante el objetivo, la confidencialidad, la frecuencia y duración de estas entrevistas iniciales, indaga el motivo de consulta, sus antecedentes, la situación desencadenante que propicia la búsqueda de ayuda, la trayectoria de la sintomatología o problemática y las repercusiones que esto ha tenido en la vida del joven. Asimismo, investiga ampliamente sobre la historia personal (relación de éxito-fracaso en la conducta del consultante referida a diversas áreas adaptativas y con perspectiva evolutiva, por ejemplo, patrones de ajuste, maduración, estudio/trabajo, sexualidad, socialización, autoestima) y sobre la historia familiar (estructura, evolución y dinámica familiar, entorno económico y sociocultural, características de los miembros, clima emocional y tipo de relación, y enfermedades importantes en los integrantes).

Durante estas entrevistas se considera relevante la interacción que se da entre el consultante y el terapeuta (comunicación, transferencia y contratransferencia). Con los datos obtenidos, el terapeuta realiza una impresión diagnóstica sobre el malestar o patología predominante, a partir de lo cual se construye el foco de intervención y los objetivos terapéuticos que serán trabajados en las sesiones. Cuando el malestar del consultante es intenso y/o que altera gravemente su funcionalidad, se valora la pertinencia de un apoyo psiquiátrico.

El proceso psicoterapéutico comprende las siguientes 12 sesiones en las que se trabaja alrededor del foco. En la primera sesión se establece el encuadre: el foco de trabajo, la frecuencia y duración de las sesiones, y la confidencialidad de la información brindada por el paciente. En esta primera sesión y subsecuentes, el

paciente habla sobre su problemática y el terapeuta, con el objetivo de propiciar cambios en el paciente, interviene con sus recursos técnicos: observación clínica, escucha psicoanalítica (contenido manifiesto y latente de las narrativas del sujeto), contener, sostener; y los recursos generales, tales como preguntas, señalamientos, confrontaciones, rectificaciones, confirmaciones, esclarecimientos, recapitulaciones, interpretaciones y construcciones.

Para hacer el cierre del proceso, en la última sesión se hace una recapitulación y retroalimentación de lo trabajado con respecto al foco mediante cuestionamientos que el terapeuta hace al paciente para averiguar sobre la intensidad actual de los síntomas, la sensación de bienestar consigo mismo y con los demás, la comprensión sobre su problemática y los cambios que haya realizado.

La interacción transferencia-contratransferencia es relevante durante todo el proceso psicoterapéutico en la comprensión y trabajo del dinamismo del foco de intervención (Fiorini, 2012). Es inevitable que dentro de la intervención focal surjan otros motivos que no fueron la razón inicial de la búsqueda de ayuda, si afectan al bienestar del paciente se hace una modificación al encuadre terapéutico inicial (foco conflictivo, frecuencia de sesiones, canalización psiquiátrica) y se trabaja en ello, en caso contrario, se le señalan al paciente y se regresa al foco construido inicialmente. Después de la intervención terapéutica en ESPORA Psicológica, los jóvenes que así lo requieren, son canalizados a algún miembro de la red de apoyo que colaboran con el Programa: psicoterapeutas, psiquiatras o instituciones que brindan más alternativas para continuar con la solución de sus problemáticas.

Entre el año 2012 y la primera mitad del año 2015 la demanda de atención fue de alrededor de 1100 alumnos. Considerando las metas del Programa, específicamente lo que se refiere a brindar atención psicológica de calidad a los alumnos y elaborar informes de las problemáticas detectadas que sirvan para generar alternativas para su solución e investigación, los objetivos del presente estudio son dos: el primero ha sido describir el modelo de atención del Programa, el segundo es describir y analizar las características de una muestra de estudiantes solicitantes del servicio entre los meses de agosto de 2014 y junio de 2015. Este estudio es parte de la investigación "Modelo de psicoterapia breve focal

psicoanalíticamente orientada para jóvenes universitarios con malestar depresivo”, cuyo objetivo es evaluar el impacto de la psicoterapia en los jóvenes cuyos síntomas son predominantemente depresivos.

MÉTODO.

Se realizó un estudio transversal descriptivo. La selección de los participantes se hizo por medio de muestreo no probabilístico mediante la participación voluntaria de los alumnos que acudieron a solicitar el servicio al Programa “ESFORA Psicológica” en una Facultad de Ciudad Universitaria que imparte varias carreras. Inicialmente, los alumnos recibieron información sobre el objetivo del proyecto, la naturaleza voluntaria de su participación, así como riesgos y beneficios del mismo, se aseguró la protección de la confidencialidad de los datos y el control del uso de la información para ayudar a otros jóvenes con problemáticas semejantes.

Los criterios de inclusión de los estudiantes fueron: que solicitaran la atención psicológica, que aceptarán participar en la investigación y firmaran el consentimiento informado.

Instrumentos.

Se recolectaron datos socio-demográficos, escolares y clínicos a partir de un cuestionario semi-estructurado creado “ex profeso” para su aplicación a los participantes. Asimismo, se evaluó el malestar emocional a partir de los instrumentos que a continuación se describen.

La Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10), es una escala de tamizaje para evaluar, en el lapso de los últimos 30 días, malestar psicológico asociado a la probabilidad de tener un trastorno de ansiedad o depresión. Sus 10 reactivos aluden a síntomas de niveles mínimos a altos de gravedad de malestar. Cada ítem se contesta en función de una escala que va desde “nunca” hasta “siempre”. El rango de puntuación de la escala oscila entre 10 (que indica ausencia o niveles mínimos de malestar psicológico) y 50 (que indica niveles altos de malestar). El punto de corte para considerarlos positivos para riesgo de malestar psicológico es 21 (Kessler y otros, 2002). En población mexicana el instrumento ha

mostrado propiedades psicométricas adecuadas (Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez y Cortés, 2011).

También se empleó el instrumento Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM, por sus siglas en inglés). Se aplicó la versión en castellano que se encuentra en la página web del CORE Information Management Systems (CORE IMS, 2001-2017). Es una medida de autorreporte diseñada para evaluar el malestar psicológico y el resultado de las terapias psicológicas. Tiene 34 reactivos que exploran 4 dimensiones: bienestar subjetivo (4 ítems); síntomas/problemas (12 reactivos que valoran ansiedad, depresión, problemas físicos y trauma), funcionamiento (12 reactivos, que incluyen la evaluación del funcionamiento general, en relaciones cercanas y en relaciones sociales) y riesgo (6 reactivos de daño hacia sí mismo y actos de agresión hacia otros). Cada dimensión contiene un número igual de reactivos de alta o baja gravedad. Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre o casi siempre) y señalan la experiencia personal del sujeto en los últimos 7 días. Las puntuaciones varían de 0 a 40, puntuaciones igual o mayor a 10 se consideran puntuaciones clínicas significativas (Feixas et al., 2012). En estudiantes universitarios mexicanos ha mostrado consistencia interna apropiada total y en cada una de las dimensiones (alpha entre 0.50 y 0.91); las alphas reportadas se obtuvieron aplicando el cuestionario a una muestra de 466 estudiantes universitarios del Campus de Ciudad Universitaria.

Para evaluar la sintomatología depresiva se empleó el Inventario de Depresión de Beck (BDI, por sus siglas en inglés). Es un instrumento que consta de 21 reactivos, cada uno describe una manifestación depresiva que es autoevaluada por el sujeto marcando, entre cuatro opciones que suponen una graduación cuantitativa de la intensidad del síntoma, la frase que mejor se adapta a su situación actual y a la semana previa. Tiene 14 reactivos que corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva, y 7 ítems hacen referencia a síntomas somáticos y conductuales, los ítems se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad. En esta escala, aún puntuando con el mínimo posible en todos los reactivos (cero), se considera en categoría "mínima" (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1998).

Las propiedades psicométricas del instrumento han sido adecuadas para población mexicana (Jurado y otros, 1998).

Procedimiento.

En este espacio de atención psicológica, una vez que los alumnos solicitan el servicio, sus datos son registrados en una lista de espera a partir de la cual se les contacta y se calendarizan las citas. Para este estudio, una vez que se ingresaban sus datos en la lista de espera, se les contactó vía electrónica solicitándoles acudieran a responder los instrumentos. La aplicación de los mismos fue realizada por un colaborador previamente capacitado. La aplicación de los instrumentos se realizó de forma individual en un aula de la Facultad, controlando las condiciones ambientales necesarias de aislamiento, ausencia de ruido e iluminación apropiada.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Facultad de Psicología de la UNAM. Una vez recogida toda la información, los datos se analizaron mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 21 (SPSS Inc., 2012), se realizaron pruebas de estadística descriptiva con el fin de caracterizar la distribución de los datos y se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrada de Pearson para corroborar la asociación probabilística entre los datos.

RESULTADOS.

La muestra se integró con los alumnos que solicitaron el servicio. Se contabilizaron un total de 417 interesados en recibir la atención y en este estudio se recogieron datos de 165 estudiantes que aceptaron responder los instrumentos. Fueron 78 hombres y 87 mujeres con edades entre 17 y 35 años, la edad media en esta muestra fue de 21.3 años (DE = 3.71). Como se expone en el Cuadro 1, distribuidos por grupo de edad, prevaleció el de 17 a 20 años con un 49.1% (n = 81). En cuanto al lugar de residencia, 137 (83%) estudiantes vivían en la Ciudad de México, los otros 28 (17%) habitaban en el Estado de México. Cerca de la mitad de la muestra cursaba los tres primeros semestres de la carrera universitaria (n = 70, 42.4%), los que cursaban el segundo semestre fueron el mayor porcentaje de alumnos que solicitaron atención (n = 27, 16.4%), otra proporción considerable

fueron los alumnos de octavo semestre en curso ($n = 20$, 12.1%). De estos estudiantes, 97 (58.8%) habían reprobado alguna asignatura, si bien una tercera parte no había reprobado ninguna ($n = 59$, 35.6%), otra tercera parte tenía entre una y tres materias reprobadas ($n = 57$, 34.5%).

Respecto a las puntuaciones obtenidas mediante el K-10, el 83% ($n = 137$) tenía malestar psicológico durante, por lo menos, los 30 días previos a solicitar la atención. La media de la muestra se concentró en el rango de malestar moderado ($M = 27$, $DE = 6.9$). Al estratificar las puntuaciones de la escala por rangos de gravedad, se observa que el 14.5% ($n = 24$) se encontraba en el rango de gravedad leve de ansiedad y/o depresión, con el resto de los alumnos distribuidos en los rangos de gravedad moderada ($n = 40$, 24.2%), y de máxima gravedad que fue el mayormente reportado por los estudiantes ($n = 73$, 44.2%).

Los porcentajes más altos de jóvenes, ya sea por grupo de edad, por zona de vivienda, por semestre y por materias reprobadas, se hallaron en el rango de máxima gravedad de malestar. Un mayor número de mujeres que hombres tenían malestar de gravedad leve ($n = 17$, 19.5%, $n = 7$, 9%, respectivamente). En los jóvenes entre 17 y 25 años ($n = 153$, 92.7%) el malestar de gravedad leve fue el que se presentó con menor frecuencia. De los jóvenes que residían en el Estado de México ($n = 28$), poco más de la mitad presentaban malestar grave ($n = 16$, 57.1%). En el grupo de jóvenes que cursaban entre el primer y el tercer semestre, el malestar leve ($n = 6$, 8.6%) fue el menos reportado, lo mismo que en el grupo de jóvenes que cursaba entre el séptimo y el noveno semestre ($n = 5$, 12.2%). De los jóvenes que no habían reprobado alguna materia ($n = 59$, 35.6%), 46 (78%) de ellos presentaban algún grado de malestar (véase Cuadro 1).

En cuanto a los puntajes obtenidos a través del CORE-OM, el 99% manifestó malestar emocional. En los rangos de medio a moderado/grave se concentró la mayor cantidad de alumnos (83.7%, $n = 138$), en el rango de malestar grave fueron más mujeres quienes reportaron este dato ($n = 10$, 11.5 %). La media del malestar de los alumnos se halló en el rango de malestar moderado ($M = 17.10$, $DE = 5.3$).

De los jóvenes que tenían entre 17 y 25 años, la mayor proporción de estudiantes se halló en el rango de malestar de gravedad media. El malestar grave

fue el que se halló en menor proporción en los grupos de jóvenes que vivían en las zonas sur (n = 4, 6.3%), oriente (n = 3, 11.1%) y centro (n = 1, 3.7%) de la Ciudad de México. En el grupo de jóvenes que cursaba entre el primer y tercer semestre de la carrera, el mayor porcentaje se halló en el rango de moderado/grave (n = 20, 28.6%). En los jóvenes que cursaban entre el cuarto y sexto semestre, fue más frecuente el malestar medio (n = 13, 36.1%), y en el grupo de jóvenes que cursaban entre el séptimo y noveno semestre, la mayor proporción se concentró en el rango de malestar moderado (n = 17, 41.5%). De los jóvenes que habían reprobado alguna materia, las mayores proporciones de malestar se hallaron en los rangos de moderado y moderado/grave.

En lo tocante específicamente a la sintomatología depresiva evaluada con el BDI, el 31.5% (n = 52) presentó síntomas de depresión leve, el 45.5% (n = 75) síntomas de depresión moderada y el 11.5% (n = 19) síntomas de depresión grave. En los rangos de moderado y grave las mujeres reportaron mayormente esa sintomatología, 47.1% (n = 41) y 14.9% (n = 13), respectivamente. El promedio de los puntajes se concentró en el rango de depresión moderada (M = 19.31, DE = 8.6).

De la proporción de jóvenes con sintomatología grave (n = 19), 9 tenían entre 17 y 20 años, 9 entre 21 y 25 años, y uno tenía 26 años. En el Estado de México vivían 3, 10 cursaban entre el primer y el tercer semestre y 12 tenían, al menos, una materia reprobada.

	K-10				CORE - OM						BDI			
	No significativo (10 – 20 pts.) n = 28, 17%	Leve (21 – 24 pts.) n = 24, 14.5%	Moderado (25 – 29 pts.) n = 40, 24.2%	Grave (> 30 pts.) n = 73, 44.2%	Saludable (0 – 5 pts.) n = 1, 0.6%	Leve (6 – 9 pts.) n = 14, 8.5%	Medio (10 – 14 pts.) n = 47, 28.5%	Moderado (15 – 20 pts.) n = 45, 27.3%	Mod/grave (21 – 24 pts.) n = 46, 27.9%	Grave (> 25 pts.) n = 12, 7.3%	Mínima (0 – 9 pts.) n = 19, 11.5%	Leve (10 – 16 pts.) n = 52, 31.5%	Moderada (17 – 29 pts.) n = 75, 45.5%	Grave (>30 pts.) n = 19, 11.5%
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo														
Hombre (n = 78, 47.3%)	15 (19.2)	7 (9.0)	21 (26.9)	35 (44.8)	---	6 (7.7)	23 (29.5)	25 (32.1)	22 (28.2)	2 (2.6)	12 (15.4)	26 (33.3)	34 (43.6)	6 (7.7)
Mujer (n = 87, 52.7%)	13 (14.9)	17 (19.5)	19 (21.8)	38 (43.7)	1 (1.1)	8 (9.2)	24 (27.6)	20 (23.0)	24 (27.6)	10 (11.5)	7 (8.0)	26 (29.9)	41 (47.1)	13 (14.9)
Edad 2014-2015														
17-20 (n = 81, 49.1%)	15 (18.5)	10 (12.3)	19 (23.5)	37 (45.7)	1 (1.2)	10 (12.3)	22 (27.2)	21 (26.0)	21 (25.9)	6 (7.4)	10 (12.3)	28 (34.6)	34 (42.0)	9 (11.1)
21-25 (n = 72, 43.6%)	13 (18.1)	11 (15.3)	17 (23.6)	31 (43.1)	---	3 (4.2)	22 (30.5)	21 (29.2)	20 (27.8)	6 (8.3)	8 (11.1)	19 (26.4)	36 (50.0)	9 (12.5)
26-30 (n = 8, 4.8%)	---	2 (25.0)	3 (37.5)	3 (37.5)	---	---	2 (25.0)	2 (25.0)	4 (50.0)	---	1 (12.5)	2 (25.0)	4 (50.0)	1 (12.5)
31-35 (n = 4, 2.4%)	---	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	---	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	---	---	3 (75.0)	1 (25.0)	---
Residencia														
Ciudad de México														
Zona Sur (n = 63, 38.2%)	15 (23.8)	9 (14.3)	17 (27.0)	22 (34.9)	---	6 (9.5)	24 (38.1)	16 (25.4)	13 (20.6)	4 (6.3)	12 (19.0)	22 (34.9)	20 (31.7)	9 (14.3)
Zona Oriente (n = 27, 16.4%)	5 (18.5)	3 (11.1)	9 (33.3)	10 (37.0)	---	4 (14.8)	8 (29.6)	8 (29.6)	4 (14.8)	3 (11.1)	3 (11.1)	8 (29.6)	13 (48.1)	3 (11.1)
Zona Poniente (n = 20, 12.1%)	2 (10.0)	4 (20.0)	3 (15.0)	11 (55.0)	---	---	5 (25.0)	5 (25.0)	9 (45.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	4 (20.0)	14 (70.0)	1 (5.0)
Zona Centro (n = 27, 16.4%)	2 (7.4)	5 (18.5)	6 (22.2)	14 (8.5)	---	2 (7.4)	7 (26.0)	6 (22.2)	11 (40.7)	1 (3.7)	1 (3.7)	11 (40.7)	12 (44.4)	3 (11.1)
Estado de México (n = 28, 17%)	4 (14.3)	3 (10.7)	5 (17.9)	16 (57.1)	1 (3.6)	2 (7.1)	3 (10.7)	10 (35.7)	9 (32.1)	3 (10.7)	2 (7.1)	7 (25.0)	16 (57.1)	3 (10.7)
Semestre en curso														
1º - 3º (n = 70, 42.4%)	14 (20.0)	6 (8.6)	18 (25.7)	32 (45.7)	1 (1.4)	7 (10.0)	18 (25.7)	17 (24.3)	20 (28.6)	7 (10.0)	9 (12.8)	24 (34.3)	27 (38.6)	10 (14.3)
4º - 6º (n = 36, 21.8%)	4 (11.1)	10 (27.8)	8 (22.2)	14 (38.9)	---	4 (11.1)	13 (36.1)	6 (16.6)	11 (30.5)	2 (5.6)	4 (11.1)	13 (36.1)	15 (41.7)	4 (11.1)
7º - 9º (n = 41, 24.8%)	8 (19.5)	5 (12.2)	9 (22.0)	19 (46.3)	---	2 (4.9)	13 (31.7)	17 (41.5)	7 (17.0)	2 (4.8)	6 (14.6)	10 (24.4)	22 (53.7)	3 (7.3)
10º - (n = 7, 4.2%)	---	2 (28.6)	1 (14.3)	4 (57.1)	---	---	2 (28.6)	1 (14.3)	3 (42.8)	1 (14.3)	---	---	5 (71.4)	2 (28.6)
Pasante/Tesista (n = 6, 3.6%)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)	2 (33.3)	---	---	---	3 (50.0)	3 (50.0)	---	---	2 (33.3)	4 (66.7)	---
Materias reprobadas														
Ninguna (n = 59, 35.6%)	13 (22.0)	11 (18.6)	14 (23.7)	21 (35.6)	1 (1.7)	7 (11.9)	20 (33.9)	15 (25.4)	11 (18.6)	5 (8.5)	12 (20.3)	19 (32.2)	23 (39.0)	5 (8.5)
1 a 3 (n = 57, 34.5%)	8 (14.0)	7 (12.3)	14 (24.6)	28 (49.1)	---	5 (8.8)	15 (26.3)	19 (33.3)	16 (28.1)	2 (3.5)	4 (7.0)	19 (33.3)	28 (49.1)	6 (10.5)
4 a 6 (n = 29, 17.6%)	5 (17.2)	3 (10.3)	6 (20.7)	15 (51.7)	---	1 (3.4)	6 (20.7)	8 (27.6)	10 (34.5)	4 (13.8)	2 (6.9)	7 (24.1)	14 (48.3)	6 (20.7)
7 a 10 (n = 11, 6.7%)	1 (9.0)	3 (27.3)	3 (27.3)	4 (36.4)	---	1 (9.1)	3 (27.3)	1 (9.1)	6 (54.5)	---	1 (9.0)	5 (45.5)	5 (45.5)	---

Cuadro 1. Puntuaciones de las escalas y características sociodemográficas y escolares de los participantes

En el cuestionario clínico elaborado, se planteó la pregunta: ¿Anteriormente habías recibido atención psicológica y/o psiquiátrica?, 58 (35.2%) de los jóvenes habían recibido tratamiento psicológico, 17 (10.3%) tratamiento psiquiátrico y 11 (6.6%) ambos tratamientos. Destaca que de los jóvenes que ya habían asistido a tratamiento previo, en la mayor proporción de ellos, el malestar relacionado a ansiedad y/o depresión (K-10) era grave (véase Cuadro 2).

Respecto a los motivos de consulta, fue más de una problemática por la que acudían a solicitar atención. Los problemas afectivos, que implicaban alteraciones y padecimientos en el área emocional, como síntomas de depresión, ansiedad, problemas de autoestima, conflictos consigo mismos, enojo y síntomas somáticos, tuvieron la mayor frecuencia (n = 115, 69.7%), seguidos por problemas interpersonales (n = 27, 16.4%), como rupturas de noviazgo, problemas en las relaciones de noviazgo, dificultades para relacionarse, pérdidas de amistades y dependencia hacia los otros. Los problemas escolares, como insatisfacción vocacional, pérdida de interés en la carrera y sentimientos de incapacidad e inseguridad con respecto a los estudios, englobaron el 15.8% (n = 31). De los motivos reportados, los conflictos familiares fueron comunicados por un 10.3% (n = 17) de los alumnos. Los problemas de atención (dificultades de atención, concentración y para realizar tareas), problemas de pensamientos (ideas obsesivas y pensamientos recurrentes), problemas personales, conflictos con la sexualidad (orientación sexual y dudas sobre su sexualidad) y motivos de consulta de búsqueda de ayuda (guía psicológica, dudas y necesidad de ayuda), fueron reportados en proporciones menores. Las mujeres fueron quienes reportaron con mayor frecuencia problemas afectivos (n = 63, 38.2%), interpersonales (n = 16, 9.7%) y familiares (n = 13, 7.9%).

De los jóvenes que presentaban sintomatología depresiva (BDI) de máxima gravedad (n = 19, 11.5%), la mayoría refirió situaciones afectivas como motivo de consulta (n = 12), pero también acudieron por problemáticas escolares, interpersonales, familiares y relacionados con búsqueda de ayuda.

Las áreas de vida en las que los estudiantes percibieron mayor afectación según su motivo de consulta fueron la emocional y la escolar, 85.5% (n = 141) y

77% (n = 127), respectivamente. Los porcentajes de alumnos que indicaron afectaciones en las otras áreas fueron menores, siendo las áreas laboral y sexual las reportadas en menor medida. Son las mujeres quienes mayormente presentaban afectaciones en las áreas emocional (n = 78, 47.3%), familiar (n = 54, 32.7%) y de pareja (n = 39, 23.6%). Predominó el sentirse regular con respecto a su motivo de consulta (n = 74, 44.8%), aunque varios de ellos reportaron sentirse muy mal (n = 13, 7.9%), siendo más las mujeres quienes expresaron esto último (n = 10, 6.1%).

Se pudo notar que, independientemente del grado de malestar puntuado en las escalas, la mayoría de los jóvenes percibían afectaciones en las áreas emocional y escolar, es decir, aunque su malestar no fuera significativo o tuvieran sintomatología mínima, manifestaban problemas en estas áreas, lo mismo sucedía si su malestar y sintomatología eran de máxima gravedad. De los jóvenes que tenían sintomatología de depresión grave (BDI), todos, a excepción de uno, reportaron afectaciones en el área escolar (n = 18). Aunado a lo anterior, de los jóvenes que reportaron sentirse muy mal (n = 13, 7.9%), la mayoría (n = 11, 84.6%), presentaba malestar de máxima gravedad desde hacía 30 días (K-10), 7 (53.8%) malestar que podía afectar su funcionamiento (CORE-OM) y 7 (53.8%) tenían sintomatología de depresión grave (BDI). Mientras que de los jóvenes que reportaron sentirse mal (n = 61, 37%), 9 (14.8%) de ellos presentaban sintomatología de depresión grave.

Profundizando en un análisis más minucioso, los resultados de la prueba de Chi-Cuadrada de Pearson ponen de relieve la existencia de una asociación significativa entre la sensación de malestar con el grado de malestar puntuado en las escalas ($p = 000$). Es decir, a medida que el grado de intensidad y frecuencia de sintomatología y malestar emocional es mayor, la sensación subjetiva también aumenta.

	Sexo		K-10				CORE - OM						BDI			
	Hombres	Mujeres	No significativo (10 - 20) n = 28, 17%	Leve (21 - 24) n = 24, 14.5%	Moderado (25 - 29) n = 40, 24.2%	Grave (> 30) n = 73, 44.2%	Saludable (0 - 5) n = 1, 0.6%	Leve (6 - 9) n = 14, 8.5%	Medio (10 - 14) n = 47, 28.5%	Moderado (15 - 20) n = 45, 27.3%	Mod/grave (21 - 24) n = 46, 27.9%	Grave (> 25) n = 12, 7.3%	Mínima (0 - 9) n = 19, 11.5%	Leve (10 - 16) n = 52, 31.5%	Moderada (17 - 29) n = 75, 45.5%	Grave (> 30) n = 19, 11.5%
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tratamiento previo																
Psicológico (n = 58, 35.2%)	31 (18.8)	27 (16.4)	8 (13.8)	9 (15.5)	9 (15.5)	32 (55.2)	---	3 (5.2)	16 (27.6)	16 (27.6)	17 (29.3)	6 (10.3)	6 (10.3)	17 (29.3)	23 (39.7)	12 (20.7)
Psiquiátrico (n = 17, 10.3%)	8 (47.1)	9 (52.9)	2 (11.8)	2 (11.8)	3 (17.6)	10 (58.8)	---	---	6 (35.3)	4 (23.5)	4 (23.5)	3 (17.6)	1 (5.9)	4 (23.5)	6 (35.3)	6 (35.3)
Motivo de consulta																
Problemas afectivos (n = 115, 69.7%)	52 (31.5)	63 (38.2)	19 (16.5)	17 (14.8)	26 (22.6)	53 (46.1)	---	10 (8.7)	29 (25.2)	33 (28.7)	33 (28.7)	10 (8.7)	12 (10.4)	36 (31.3)	55 (47.8)	12 (10.4)
Problemas escolares (n = 31, 15.8%)	13 (7.9)	18 (7.9)	3 (9.7)	4 (12.9)	7 (22.6)	17 (54.8)	---	1 (3.2)	7 (22.6)	6 (19.4)	15 (48.3)	2 (6.5)	2 (6.5)	8 (25.8)	15 (48.4)	6 (19.3)
Problemas interpersonales (n = 27, 16.4%)	11 (6.7)	16 (9.7)	4 (14.8)	6 (22.2)	5 (18.5)	12 (44.4)	---	1 (3.7)	6 (22.2)	5 (18.5)	15 (55.6)	---	2 (7.4)	5 (18.5)	19 (70.4)	1 (3.7)
Problemas familiares (n = 17, 10.3%)	4 (2.4)	13 (7.9)	4 (23.5)	2 (11.8)	3 (17.6)	8 (47.0)	1 (5.9)	3 (17.6)	2 (11.8)	1 (5.9)	10 (58.8)	---	1 (5.9)	4 (23.5)	10 (58.8)	2 (11.8)
Problemas de atención (n = 6, 3.6%)	2 (1.2)	4 (2.4)	3 (50.0)	1 (16.7)	---	2 (33.3)	---	2 (33.3)	1 (16.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	---	1 (16.7)	3 (50.0)	2 (33.3)	---
Búsqueda de ayuda (n = 14, 8.5%)	8 (4.8)	6 (3.6)	3 (21.4)	1 (7.1)	3 (21.4)	7 (50.0)	---	---	6 (42.9)	3 (21.4)	4 (28.6)	1 (7.1)	3 (21.4)	2 (14.3)	6 (42.9)	3 (21.4)
Problemas de pensamientos (n = 5, 3.0%)	4 (2.4)	1 (0.6)	2 (40.0)	---	1 (20.0)	2 (40.0)	---	1 (20.0)	1 (20.0)	---	2 (40.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	---
Problemas personales (n = 3, 1.8%)	2 (1.2)	1 (0.6)	---	---	2 (66.7)	1 (33.3)	---	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	---	---	---	2 (66.6)	1 (33.3)	---
Sexualidad (n = 3, 1.8%)	1 (0.6)	2 (1.2)	1 (33.3)	---	1 (33.3)	1 (33.3)	---	1 (33.3)	1 (33.3)	---	1 (33.3)	---	1 (33.3)	1 (33.3)	---	1 (33.3)
Áreas afectadas en relación con motivo de consulta																
Emocional (n = 141, 85.5%)	63 (38.2)	78 (47.3)	23 (16.3)	22 (15.6)	31 (22.0)	65 (46.1)	---	11 (7.8)	42 (29.8)	35 (24.8)	42 (29.8)	11 (7.8)	16 (11.3)	43 (30.5)	63 (44.7)	19 (13.5)
Escolar (n = 127, 77%)	62 (37.6)	65 (39.4)	15 (11.8)	18 (14.2)	31 (24.4)	63 (49.6)	---	9 (7.1)	31 (24.4)	36 (28.3)	41 (32.3)	10 (7.9)	11 (8.7)	36 (28.3)	62 (48.8)	18 (14.1)
Social (n = 88, 53.3%)	45 (27.3)	43 (26.1)	11 (12.5)	13 (14.8)	15 (17.0)	49 (55.7)	---	6 (6.8)	14 (15.9)	27 (30.7)	33 (37.5)	8 (9.1)	7 (7.9)	18 (20.5)	52 (59.1)	11 (12.5)
Familiar (n = 86, 52.1%)	32 (19.4)	54 (32.7)	11 (12.8)	13 (15.1)	20 (23.3)	42 (48.8)	1 (1.2)	5 (5.8)	21 (24.4)	24 (27.9)	27 (31.4)	8 (9.3)	8 (9.3)	21 (24.4)	47 (54.7)	10 (11.6)
Pareja (n = 66, 40%)	27 (16.4)	39 (23.6)	13 (19.7)	14 (21.2)	10 (15.2)	29 (43.9)	---	5 (7.6)	20 (30.3)	17 (25.7)	19 (28.8)	5 (7.6)	9 (13.6)	16 (24.2)	33 (50.0)	8 (12.1)
Laboral (n = 26, 15.8%)	15 (9.1)	11 (6.7)	2 (7.7)	3 (11.5)	4 (15.4)	17 (65.4)	---	1 (3.8)	2 (7.7)	9 (34.6)	10 (38.5)	4 (15.4)	---	3 (11.5)	17 (65.4)	6 (23.1)
Sensación de malestar																
Muy mal (n = 13, 7.9%)	3 (1.8)	10 (6.1)	1 (7.7)	---	1 (7.7)	11 (84.6)	---	---	---	---	6 (46.2)	7 (53.8)	---	---	6 (46.2)	7 (53.8)
Mal (n = 61, 37%)	29 (17.6)	32 (19.4)	3 (4.9)	7 (11.5)	13 (21.3)	38 (62.3)	---	2 (3.3)	8 (13.1)	21 (34.4)	26 (42.6)	4 (6.6)	---	18 (29.5)	34 (55.7)	9 (14.8)
Regular (n = 74, 44.8%)	37 (22.4)	37 (22.4)	17 (23.0)	13 (17.6)	22 (29.7)	22 (29.7)	1 (1.4)	7 (9.5)	30 (40.5)	21 (28.4)	14 (18.9)	1 (1.3)	13 (17.6)	25 (33.8)	33 (44.6)	3 (4.0)
Bien (n = 14, 8.5%)	8 (4.8)	6 (3.6)	7 (50.0)	4 (28.6)	2 (14.3)	1 (7.1)	---	5 (35.7)	8 (57.1)	1 (7.1)	---	---	6 (42.9)	7 (50.0)	1 (7.1)	---

Cuadro 2. Características clínicas de los participantes

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

ESFORA Psicológica nos ofrece la posibilidad de conocer un Programa de Psicoterapia Breve Focalizada de Orientación Psicoanalítica, diseñado para atender una población universitaria y conocer las características de ésta. Merece destacarse la alta prevalencia de sintomatología depresiva y en varios de ellos de depresión grave ($n = 19$, 11.5%). Según los datos obtenidos, también se detectaron síntomas de ansiedad (evaluados con el K-10) con repercusiones importantes en su funcionamiento y bienestar subjetivo (evaluado con el CORE-OM), y en su desempeño en diferentes áreas de la vida, tal como fue reportado por ellos. Una tercera parte de los jóvenes ya había recibido algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico ($n = 58$, 35.2%), lo cual lleva a pensar en las diferentes situaciones (internas-externas) por las que atraviesan en esta época de la vida y en la necesidad de plantear diferentes alternativas psicoterapéuticas para poder ayudarlos a resolver y transitar esos momentos difíciles donde les toca tomar decisiones que afectan no sólo su presente, sino su futuro también.

Resalta que una proporción importante de los estudiantes que solicitaron el servicio fueron de los tres primeros semestres ($n = 70$, 42.4%), lo que induce a suponer, a manera de explicación, las dificultades a las que se enfrentan en el proceso de adaptación al ámbito universitario y curso inicial de la carrera (Silva, 2011; Tinto, 2008). Esta adaptación a la vida universitaria implica un proceso personal interior de acomodación y asimilación del entorno escolar y social cuando se encuentran en un período presumiblemente vulnerable, como se considera a la postadolescencia, donde al reconocimiento de quiénes son se agrega el de hacia dónde van, y si en lo escolar los resultados obtenidos no los satisfacen, se originan una serie de cuestionamientos al respecto que pueden determinar que se sientan ajenos a ese entorno y frente a una realidad todavía más incierta. Factores estos que afectan su salud, tanto física como mental (Sánchez, Álvarez, Flores, Arias y Saucedo, 2014).

Otro porcentaje considerable de alumnos que buscaron la atención, fueron los estudiantes de octavo semestre ($n = 20$, 12.1%), uno de los últimos en las carreras de esta Facultad, es decir, se encuentran a un paso de la transición del

entorno escolar al medio laboral. Ante este dato puede considerarse que la transición de la escuela al ámbito laboral es uno de los retos a los que se enfrentan los jóvenes (SEDESOL-INJUVE, 2013). Ya se ha reportado que una de las necesidades psicoeducativas de los estudiantes es la orientación laboral previa al término de la carrera (Pérez et al., 2010). Esto puede estar sobredeterminado porque en la actualidad encontrar un empleo acorde con la preparación profesional se ha convertido en un verdadero problema para los jóvenes que corren el riesgo de no obtener suficientes ingresos económicos o de enrolarse en empleos que están por debajo de sus expectativas, capacidades y habilidades. Esta transición profesional es una etapa crítica por la confusión e incertidumbre que se originan cuando los estudios universitarios pierden el valor de inversión profesional que parecían tener (Salgado, 2005).

Otro dato relevante es que varios de ellos (n = 28, 17%) viven en otro Estado, lo cual implica que recorran grandes distancias para trasladarse de su casa a la Universidad y viceversa, pasando hasta cuatro horas en el transporte público que es, en muchas ocasiones, inseguro. No sólo es eso, sino también que el traslado implica inconvenientes, como, por ejemplo, contaminación acústica, accidentes o imprudencias cometidas por los transportistas, entre otros. Incluso el vivir en la Ciudad de México tampoco es garantía de escape de los tiempos de traslado y problemas concomitantes (Excélsior, 2016). Estas circunstancias pueden impactar en su bienestar emocional y vida estudiantil por representar fuentes de estrés, de frustración y de pérdida de oportunidades para realizar otras actividades escolares, culturales y recreativas (González y Morales, s. f.).

Otros estudios han hecho énfasis en que el incremento epidemiológico de ciertas patologías en la población de jóvenes está condicionado por el régimen social actual, los avances científicos y tecnológicos, y la globalización capitalista, lo cual puede acarrear diferentes formas de malestar psíquico (Varela, 2016) aislamiento, dificultades de comunicación y de la capacidad reflexiva (Caride y Sneiderman, 2008), así como descreimiento y desorientación sobre el porvenir (Besozzi, 2005).

Asimismo, son variados los problemas por los que los estudiantes demandan asistencia psicológica. La mayoría de las demandas se restringen a tres categorías: problemas afectivos, problemas escolares y problemas interpersonales. Dentro de las problemáticas escolares, cabe considerar que un número importante de los estudiantes ($n = 97$, 58.8%) tenía, al menos, una materia reprobada, situación que se ha señalado influye también en el bienestar de los sujetos (Corzo y Reyes, 2017). Estas problemáticas están relacionadas con las vivencias de esta etapa vital, la cual involucra la confrontación con diversas dificultades que afectan su bienestar y una adaptación adecuada. Por un lado, está el fortalecimiento de la individualidad y de los intentos de independencia familiar, lo cual puede implicar el enfrentamiento con las expectativas de los padres, por otro lado, está la presión académica, como la asistencia a clases, realizar las actividades escolares o presentar exámenes, y a todo esto se aúna la búsqueda de relaciones sociales que son de gran relevancia durante esta etapa (Adamo y otros, 2012).

Cabe resaltar que estas problemáticas fueron mayormente reportadas por los jóvenes que tenían malestar y sintomatología de máxima gravedad. Situaciones de este tipo como, por ejemplo, los problemas interpersonales en contextos escolares y la violencia intrafamiliar, ya se han planteado como factores de riesgo de intento y acto suicida (Vianchá et al., 2013), eso sin olvidar que esta problemática coexiste con la depresión (Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, 2009). Valdría la pena detenerse a considerar y actuar en consecuencia, en el cómo las situaciones a las que se enfrentan los jóvenes en su inserción y trayectoria escolar, así como en su vida en general, pueden desencadenar angustia, conflictos psíquicos, conductas depresivas recurrentes, sentimientos de desesperanza o vacío existencial que puede terminar en suicidio y que si son detectados y tratados a tiempo pueden ser superados.

Se ha señalado lo difícil que puede ser distinguir los efectos del estrés surgido por las actividades propias de la vida escolar de aquellos síntomas de malestar psíquico, como la depresión (Osornio-Castillo y Palomino-Garibay, 2009). Este estudio pretende aportar datos de las problemáticas y malestar psíquico en la vida de estudiantes universitarios. Sin embargo, no se pueden generalizar los resultados

obtenidos si se considera que fue una pequeña muestra la que colaboró respondiendo los instrumentos en comparación de los estudiantes que demandan atención. A pesar de ello, los datos obtenidos muestran la importancia del diseño de estrategias de intervención específicas dentro del entorno escolar, mediante las cuales se identifique el contexto de sus conflictos y se atienda a la singularidad de cada joven que recurre a la búsqueda de ayuda.

Un espacio psicoterapéutico dentro de su centro escolar brinda la oportunidad de hablar de su malestar y aminorarlo, sobre todo teniendo en cuenta que sólo el 2% del presupuesto asignado a la salud en México está destinado a la salud mental, de éste el 80% se destina a la acción de los hospitales psiquiátricos, lo que repercute, por ejemplo, en la capacidad de acciones de salud mental encaminadas a la atención comunitaria, consecuentemente aleja a la población de acceder y atender su salud mental (OMS, 2011). El Programa “ESFORA Psicológica” es un beneficio para los estudiantes que tienen la necesidad de ser escuchados de manera temprana y efectiva.

Este Programa ha mostrado su utilidad desde su apertura, las solicitudes de ayuda han ido creciendo, algunas son por parte de la institución educativa, pero la gran mayoría han sido realizadas directamente por el alumnado. Cabe considerar, también, que hay casos que, por la gravedad e intensidad de la sintomatología o problemática, no pueden beneficiarse con la psicoterapia propuesta y para los cuales se buscan alternativas externas al Programa que les permitan recibir la atención adecuada a su malestar.

Es importante mencionar que, los datos de otro estudio evaluativo de los resultados obtenidos en el Programa con una muestra de 636 estudiantes, de los cuales 432 fueron atendidos y los otros 204 estuvieron en lista de espera, han permitido llegar a algunas conclusiones. En los jóvenes que fueron atendidos, sus calificaciones, junto con la aprobación de materias a las que se inscribieron, mejoraron con respecto a los valores que tenían antes de la psicoterapia ($z = 22899$, $p = 0.026$). Mientras que el grupo que estaba en lista de espera, tuvo una mejoría significativamente menor al primer grupo ($z = 6523$, $p = 0.010$) (B. Blum,

comunicación personal, 16 de julio de 2017). Estos datos son acordes con la propuesta del Programa.

Por consiguiente, es relevante continuar con otras investigaciones con esta población, que permitan seguir profundizando en las características de los jóvenes que demandan atención psicológica y determinar qué factores están inmersos en sus problemáticas y altas prevalencias de malestar. Por ello, resulta necesario continuar con los objetivos propuestos en el Programa y con otras acciones institucionales con el fin de responder a las necesidades de los jóvenes.

Agradecimientos.

El presente trabajo de investigación ha sido realizado con la colaboración de los terapeutas del Programa ESPORA Psicológica: Mtra. Adriana Aceves, Mtro. Christian Flores, Mtra. Mariana Ortiz, Mtra. Leticia Rivera y Mtro. Rodrigo Sánchez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Adamo, S., Fontana, M., Preti, E., Prunas, A., Riffaldi, M. y Sarno, I. (2012). At the border: reflections on psychoanalytic oriented counselling in an Italian university setting. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40 (1), 5-14. Recuperado de <http://www.tandfonline-com.pbidi.unam.mx:8080/doi/pdf/10.1080/03069885.2011.610437>
- Auerbach, R., Alonso, J., Axinn, W., Cuijpers, P., Ebert, D., Greif, J., ... Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46 (14), 2955-2970. doi:10.1017/S0033291716001665. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5129654/>
- Báez C. (2015). Día mundial de la salud mental. Estudian prevalencia de trastornos depresivos universitarios. *CONACYT agencia informativa*. Recuperado de: <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3269-estudian-prevalencia-de-trastornos-depresivos-en-universitarios>
- Beck, A., Ward, C. Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63. Recuperado de: http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Beck_AT_1961.pdf
- Besozzi, A. La clínica del descreimiento y la producción de futuro en la juventud actual: aportes desde una perspectiva psicoanalítica situacional. En *Proceedings of the 1th Simpósio Internacional do Adolescente*, 2005, São Paulo (SP, Brazil) [online]. Recuperado de: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000100006&script=sci_arttext
- Bitsika, V., Sharpley, C. y Rubenstein, V. (2010). What stresses university students: an interview investigation of the demands of tertiary studies. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 20 (1), 41-54. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=53072482&site=ehost-live>
- Blum, B., Stern, C., Zarco, V., Sánchez, R., Aceves, A., Flores, C., Ortiz, M., Rivera, A. y Sosa, J. (2016, octubre). ESPORA Psicológica. *Cartel presentado en el IX Congreso de Posgrado en Psicología*, UNAM, México.
- Cano, M. (2008). Motivación y elección de carrera. *Revista Mexicana de Orientación Educativa (REMO)*, 5 (13), 6-9. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/remo/v5n13/v5n13a03.pdf>
- Caride, M. y Sneiderman, S. (2008). Indicadores de malestar social a través del test de relaciones objetales (de H. Phillipson). En *XV Jornadas de Investigación. Cuarto encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR*. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/1527/1/Caride_Mizes_2008_UBA.pdf

- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2010). La situación actual de los jóvenes en México. **Serie de Documentos Técnicos**. Recuperado de: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/cuadro_3.pdf
- CORE IMS [sitio de internet]. Reino Unido: Information Management Systems, ©2001-2017. Recuperado de: <http://www.coreims.co.uk/download-pdfs>
- Corzo, C. y Reyes, M. (2017). Principales causas de reprobación de alumnos de los grupos de quinto semestre grupos seis y ocho de la escuela preparatoria número tres. (Capítulo I. Antecedentes). **Boletín Científico Con-Ciencia, 4** (7). Recuperado de: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n7/p1.html>
- Díaz, P. (1998). **La técnica de la entrevista psicodinámica**. México: Editorial Pax.
- Eguiluz, L., Ortiz, A. y Illaramendi, C. (2016). El riesgo suicida en los jóvenes y su relación con otras variables. En N. Zicavo (coord.). **Parentalidad y divorcio. (Des)encuentros en la familia latinoamericana**, (241- 269) Costa Rica: ALFEPSI editorial. Recuperado de: [http://comepsi.mx/attachments/article/56/PARENTALIDAD%20y%20DIVORCIO,%20\(DES\)ENCUENTROS%20EN%20LA%20FAMILIA%20LATINOAMERICANA,%20%20Libro_completo.pdf#page=240](http://comepsi.mx/attachments/article/56/PARENTALIDAD%20y%20DIVORCIO,%20(DES)ENCUENTROS%20EN%20LA%20FAMILIA%20LATINOAMERICANA,%20%20Libro_completo.pdf#page=240)
- Excelsior. (2016, Mayo 4). El tiempo que perdemos al trasladarnos diariamente en la CDMX. Recuperado de: <http://www.atraccion360.com/tiempo-que-perdemos-en-los-traslados-en-la-ciudad-de-mexico-estudio-del-centro-de-opinion-publica>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L., Botella, L., Corbella, S., González, E., ... López-González, A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. **Revista de Terapia, 23** (89), 109-135. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32884/5/637380.pdf>
- Fiorini, H. (2012). **Teoría y técnicas de psicoterapia** (1ª ed.). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Flores, R., Jiménez, S., Pérez, S., Ramírez, P. y Vega, C. (2007). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. **Revista Electrónica de Psicología de Iztacala, 10** (2), 94-105. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num2/art6V10N2jun07.pdf>
- Franco, K., Martínez, A., Díaz, R., López, A., Aguilera, V. y Valdés, E. (2010). Conductas de riesgo y sintomatología de trastornos del comportamiento alimentario en estudiantes universitarias del Sur de Jalisco. **Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios, 1**, 102-111. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmta/v1n2/v1n2a2.pdf>
- Freiré, B. (1997). Mecanismos de acción de la psicoterapia breve. **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 27** (63), 403-410. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15547/15407>
- Freud, S. (2006/1905 [1904]). Sobre psicoterapia. En S. Freud. **Obras Completas**, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, M. y Morales, J. Impacto en la vida estudiantil del estrés causado por el tránsito vial de los trayectos que realizan los alumnos de la ULSA D.F.

- México: Universidad La Salle. Recuperado de:
[file:///Users/janett/Downloads/reporte t cnico 1%20\(1\).pdf](file:///Users/janett/Downloads/reporte%20cnico%201%20(1).pdf)
- Gullo, S., Coco, G. y Gelso, C. (2012). Early and later predictors of outcome in brief therapy: the role of real relationship. *Journal of Clinical Psychology*, **68** (6), 614-619.
- Hetherington, A. (1999). Brief Psychodynamic counselling with young adults. *Counselling Psychology Quarterly*, **12** (4), 319-325. Recuperado de:
[http://www-tandfonline-com.pbidi.unam.mx:8080/doi/pdf/10.1080/09515079908254102](http://www.tandfonline-com.pbidi.unam.mx:8080/doi/pdf/10.1080/09515079908254102)
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2016). "Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud (12 de agosto)". Recuperado de:
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/juventud2016_0.pdf
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, **21**, 26-31. Recuperado de:
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706/705
- Kessler, R., Andrews, G., Cople, L., Hiripi, E., Mroczek, D., Normand, S., Walters, E. y Zaslavsky, A. (2002). Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, **32** (6), 959-976. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214795>
- López-Bárcena, J. y González, M. (2005). Modelo Universitario de Salud Integral, en la Universidad Nacional Autónoma de México. *FACMED*, **48**(6) 1-7. Recuperado de:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/12891/12209>
- Mendoza, H. (2011). Los estudios sobre la juventud en México. *Espiral (Guadalajara)*, **8** (52), 193-224. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v18n52/v18n52a7.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). Salud y desarrollo de los jóvenes. Recuperado de:
http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=414:salud-desarrollo-jovenes&Itemid=227
- Organización de las Naciones Unidas (OMS). (2010). Programa de Acción Mundial para los Jóvenes. Recuperado de:
<http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/publications/wpay2010SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). IESM-OMS. Informe sobre sistema de salud mental en México. Recuperado de:
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Osornio-Castillo, L. y Palomino-Garibay, L. (2009). Depresión en estudiantes universitarios. *Archivos en Medicina Familiar*, **11** (1), 1-2. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2009/amf091a.pdf>

- Patel, V., Chishom, D., Dua, T., Laxminarayan, R., Medina-Mora, M. (Eds.). (2015). *Mental, neurological, and substance use disorders: Disease control Priorities*, (3ª edición, Vol. 4). Washington, DC: World Bank Group. DOI: 10.1596/978-1-46480426-7. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361949/>
- Pérez, M., Ponce, A., Hernández, J. y Márquez, B. (2010). Salud mental y bienestar psicológico en los estudiantes universitarios de primer ingreso de la Región Altos Norte de Jalisco. *Revista de Educación y Desarrollo*, **14**, 31-37. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/14/014_Perez.pdf
- Reavley, N. y Jorm, A. (2010). Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: a review. *Early Intervention in Psychiatry*, **4**, 132-142. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20536969>
- Rosales, J., Córdova, M., Hernández, K. y Zúñiga, G. (2014). Ideación suicida y variables asociadas en universidades del altiplano potosino. *PSICUMEX*, **4** (2), 88-103. Recuperado de: http://www.psicumex.uson.mx/revistas/articulos/8-R8_ARTICULO_05.pdf
- Salgado, M. (2005). Empleo y transición profesional en México. *Papeles de POBLACIÓN*, **11** (44), 255-285. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n44/v11n44a11.pdf>
- Sánchez, M., Álvarez, A., Flores, T., Arias, R. y Saucedo, M. (2014). El reto del estudiante universitario ante su adaptación y autocuidado como estrategia para disminuir problemas crónicos degenerativos. *Boletines Científicos Educación y Salud*, (4), 1-4. Recuperado: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n4/e7.html>
- Secretaría de Desarrollo Social. Instituto Mexicano de la Juventud (SEDESOL-IMJUVE). (2013). Diagnóstico de la situación de los jóvenes en México. Recuperado de: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Diagnostico_Sobre_Jovenes_En_Mexico.pdf
- Silva M. (2011). El primer año universitario: un tramo crítico para el éxito académico. *Perfiles educativos*, **23**, 102-114. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/peredu/v33nspe/v33nspea10.pdf>
- SPSS Inc. (2012). *ASW Statistics for Windows*. 21 ed. Chicago: SPSS Inc.
- Tinto V. (2008). Access without support is not opportunity. Conferencia ofrecida en la *36th Annual Institute for Chief Academic Officers, The Council of Independent Colleges, Seattle*. Recuperado de: <https://vtinto.expressions.syr.edu/wp-content/uploads/2013/01/Council-of-Independent-Colleges-2008-Keynote.pdf>
- Varela, J. (2016). Prolongaciones de la adolescencia: la presentación del síntoma en jóvenes universitarios. *Anuario Temas en Psicología* (2), 33-54. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10915/60461>
- Vargas, B. Villamil, V., Rodríguez, C., Pérez, J. y Cortés, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental*, **34** (4),