



UNAM

Facultad de Psicología

División del Sistema de Universidad Abierta

Evidencia de la Terapia Cognitivo Conductual para el abordaje de la depresión en pacientes usuarios de Servicios de Hospitalización Parcial Psiquiátrica

Para optar por el Título de Licenciado

PRESENTA:

René Noec Cortés Morán

Informe Profesional de Servicio Social

Nombre del programa de Servicio Social: Intervención del Psicólogo en un Hospital Psiquiátrico

Clave del programa: 2010-52/9-209

JURADO:

Directora del trabajo: Lic. Ma. Concepción Conde Álvarez

Presidente: Mtra. Margarita Molina Avilés

Secretario: Mtra. Francisca Cruz Serrano

Suplente: Mtra. Gabriela Romero García

Suplente: Mtro. Manuel A. González Osoy

México, D. F.

Mayo, 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM. 222
2011

M.

TPs.

INDICE

Página

| | |
|--|----|
| 1. RESUMEN..... | 1 |
| 2. DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL..... | 2 |
| 2.1 Objetivos del programa de Servicio Social..... | 2 |
| 3. CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL..... | 3 |
| 3.1 El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" (Antecedentes)..... | 3 |
| 3.2 Misión y visión del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"..... | 4 |
| 3.3 La definición de Hospitalización Parcial Psiquiátrica..... | 4 |
| 3.4 Servicios de Hospitalización Psiquiátrica Parcial: Antecedentes..... | 5 |
| 3.5 Servicios de Hospitalización Psiquiátrica Parcial: Situación actual..... | 5 |
| 3.6 Características de los pacientes que son usuarios de Servicios de Hospitalización Psiquiátrica Parcial..... | 6 |
| 3.7 El Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"..... | 7 |
| 4. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL..... | 8 |
| 4.1 Participación en las sesiones de rehabilitación de pacientes hospitalizados..... | 8 |
| 4.1.1 Contexto de la rehabilitación Psiquiátrica..... | 8 |
| 4.1.2 La Rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" en fines de semana..... | 9 |
| 4.1.3 Características de los pacientes que participaban en las sesiones de rehabilitación..... | 10 |

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1.4 | El método en las sesiones de rehabilitación..... | 11 |
| 4.2 | Acompañamiento Terapéutico con pacientes | |
| | Hospitalizados..... | 12 |
| 4.2.1 | Contexto del Acompañamiento Terapéutico..... | 12 |
| 4.2.2 | Antecedentes del Acompañamiento Terapéutico..... | 13 |
| 4.2.3 | Aclaraciones sobre la “técnica” del Acompañamiento Terapéutico..... | 13 |
| 4.2.4 | El Acompañamiento Terapéutico en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en fines de semana..... | 14 |
| 4.3 | En Psicoterapia Grupal como observador registrante (en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana)..... | 15 |
| 4.3.1 | El método de la Psicoterapia en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 16 |
| 5. | OBJETIVO DEL INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL..... | 21 |
| 5.1 | La depresión, su importancia como problema de salud..... | 22 |
| 5.2 | Una clasificación de la depresión..... | 23 |
| 5.3 | La Psicoterapia en el tratamiento de la Depresión..... | 24 |
| 5.3.1 | Ventajas de la psicoterapia para el tratamiento de la depresión..... | 26 |
| 6. | SOPORTE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA | 26 |
| 6.1 | ¿En qué consiste la Práctica Basada en Evidencia?..... | 27 |
| 6.2 | Antecedentes de la Práctica Basada en la Evidencia..... | 27 |
| 6.3 | Las ventajas de la Práctica Basada en Evidencia..... | 30 |
| 7. | SOPORTE METODOLÓGICO DE LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA..... | 33 |
| 7.1 | Los tres Pilares de Práctica Basada en Evidencia..... | 33 |
| 7.1.1 | Primer Pilar: La mejor evidencia disponible..... | 33 |

| | |
|---|----|
| 7.1.1.1 La jerarquía del Oxford Center for Evidence-Based Medicine..... | 35 |
| 7.1.1.2 Los grados de recomendación..... | 37 |
| 7.1.2 Segundo Pilar: La experiencia clínica del profesional de salud para diagnosticar y tratar los problemas del paciente..... | 38 |
| 7.1.3 Tercer Pilar: Las preferencias, preocupaciones y expectativas del paciente..... | 39 |
| 7.2 Los Cinco Pasos de la Práctica Basada en Evidencia..... | 40 |
| 7.2.1 Paso 1: Formular una pregunta..... | 40 |
| 7.2.3 Paso 2: Localizar la mejor evidencia..... | 41 |
| 7.2.4 Paso 3: Evaluación crítica de los ensayos..... | 43 |
| 7.2.5 Paso 4: Aplicar la evidencia..... | 43 |
| 7.2.6 Paso 5: Evaluar la efectividad y la eficiencia del Proceso..... | 43 |
| 7.3 Consideraciones finales de la Práctica Basada en Evidencia..... | 44 |
| | |
| 8. RESULTADOS: APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA, EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL DE FIN DE SEMANA..... | 44 |
| 8.1 Evidencia de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de la depresión..... | 44 |
| 8.2 Descripción de los pacientes diagnosticados con depresión del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 45 |
| 8.3 El sistema “PICO” aplicado a los pacientes diagnosticados con depresión del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 46 |
| 8.4 El paso 2 de la Práctica Basada en Evidencia, aplicado a los pacientes diagnosticados con depresión del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 47 |

| | |
|--|----|
| 8.5 El paso 3 de la Práctica Basada en Evidencia, aplicado a los pacientes diagnosticados con depresión del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 52 |
| 8.6 La Práctica Basada en Evidencia y la Terapia Psicodinámica..... | 55 |
| 8.6.1 El meta-análisis de Abbass, Hancock, Henderson & Kisely (2006)..... | 55 |
| 8.6.2 El meta-análisis de Driessen, Cuijper, De Maat, Abbas, Jonghe & Dekker (2010)..... | 56 |
| 8.6.3 El meta-análisis de Leichsenring & Rabung..... | 56 |
| 8.6.4 Qué dice la evidencia actual sobre la eficacia de la Terapia Psicodinámica..... | 57 |
| 8.7 La Práctica Basada en Evidencia y la atención psicoterapéutica del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 58 |
| 9. RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS..... | 59 |
| 9.1 Definición de Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado..... | 59 |
| 9.2 El objetivo del Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 60 |
| 9.3 Aclaraciones sobre el cegamiento en el Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 62 |
| 9.4 Descripción del Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 63 |
| 9.4.1 Selección de los pacientes que participarán en el Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado..... | 64 |
| 9.4.2 La intervención..... | 64 |

| | |
|--|----|
| 9.5 Consideraciones finales del Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana..... | 66 |
| APÉNDICE A..... | 67 |
| APÉNDICE B..... | 68 |
| REFERENCIAS..... | 69 |

Agradecimientos

A Jehová Dios, El Dador de vida, El Principio del conocimiento y la sabiduría

A mis Padres: Manuel y Margarita, por su cariño, su apoyo y su guía

A mi esposa y compañera: Silvia, por su amor y gran paciencia

A mis hermanas, por ser mis amigas

A mi Jurado:

Mtra. Margarita Molina Avilés

Mtra. Francisca Cruz Serrano

Mtra. Gabriela Romero García

Mtro. Manuel A. González Osoy

A mis apreciables maestros:

Lic. Ma. Concepción Conde Álvarez

Mtro. Edgar Landa Ramírez

A mi amigo:

Arturo Alvarado Cabello

1 RESUMEN

El problema de la depresión, es tratado muy comúnmente en los Servicios de Hospitalización Psiquiátrica Parcial (SHPP), por lo cual dichas unidades son estratégicas para la atención del problema. Sin embargo, existen muchos enfoques psicoterapéuticos que suelen utilizarse para el abordaje de la depresión. Por lo cual es de suma importancia distinguir las intervenciones más eficaces.

Este Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), tiene el objetivo de proponer el modelo de la Práctica Basada en Evidencia de la Psicología, para la atención de los pacientes diagnosticados con depresión, que son usuarios del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana (SHPPS) del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". La Práctica Basada en Evidencia (PBE), consiste en la integración de la mejor evidencia clínica de investigación, en conjunto con la experiencia del clínico y las preferencias del paciente.

En este IPSS se pone especial atención en la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), por que cuenta con un historial de eficacia en el tratamiento de la depresión en diversos contextos.

Siguiendo el modelo de la PBE, realicé una revisión documental sobre la eficacia de la TCC en pacientes diagnosticados con depresión, que son usuarios de SHPP. La revisión documental se efectuó haciendo el siguiente cruce de palabras: "partial hospital", "day hospital", "depression", "cognitive behavioral therapy" y "effectiveness". Se buscó en las siguientes bases de datos: Pubmed- Medline, PsycINFO y Cochrane. Se encontraron 50 artículos, pero únicamente cuatro estaban relacionados con el tema. Los cuatro estudios tienen nivel de evidencia "3" y grado de recomendación "C". Tales estudios concluyen que la TCC puede ser un tratamiento eficaz, para pacientes con trastornos afectivos (incluyendo depresión), usuarios de SHPP. Sin embargo, de acuerdo al modelo de la PBE, se requiere más investigación, principalmente ensayos controlados aleatorizados y revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados, sobre la eficacia de la TCC en pacientes diagnosticados con depresión que son usuarios de SHPP.

2 DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El Servicio Social se llevó a cabo en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", en el área del SHPFS. Dicho Hospital es una Institución de Referencia, que depende de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y depende en forma directa de los Servicios de Atención Psiquiátrica. El Hospital está ubicado en la delegación Tlalpan del Distrito Federal, y brinda atención especializada en psiquiatría y salud mental (García, 2010). Opera bajo el modelo médico, porque la psiquiatría es una rama y una especialidad de la medicina. La Psiquiatría se ocupa del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales (Ortuño, 2010).

2.1 Objetivos del programa de Servicio Social

El Programa de Servicio Social se llamaba: "Intervención del Psicólogo en un Hospital Psiquiátrico". Uno de sus objetivos era: "brindar un campo clínico para que el prestador de servicio social, ejerza e incremente sus conocimientos teóricos y prácticos mientras apoya las actividades del hospital".

Un objetivo más del Programa fue: "extender los beneficios de la ciencia a la sociedad". Este objetivo es una constante que se ve reflejada en el mecanismo preventivo del Hospital Psiquiátrico, ya que en el caso de cualquier paciente (psiquiátrico), se trata de disminuir la incidencia, la prevalencia y las complicaciones de las enfermedades mentales. En este mecanismo preventivo la psicología es relevante, ya que la prevención se realiza basada en el modelo bio-psico-social (Ortuño, 2010).

3 CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL

3.1 El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" (Antecedentes)

El Hospital Psiquiátrico se inauguró el 9 de mayo de 1967 y empezó a funcionar con población adulta de ambos sexos, enviados del antiguo hospital para enfermos mentales conocido como la "Castañeda". Con el paso del tiempo, el hospital se fue saturando de enfermos crónicos que eran abandonados, lo que hizo que su capacidad de proporcionar una atención de calidad disminuyera. Durante el año de 1992 se inició la ampliación y remodelación física para dar un mejor servicio. En el año de 1995 se estableció su capacidad operativa con 300 camas, para brindar una atención más intensiva a los pacientes psiquiátricos agudos. Los pacientes crónicos fueron enviados a hospitales construidos especialmente para atender sus necesidades de atención y asistencia (García, 2010).

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", no solo brinda atención médica altamente especializada a los enfermos mentales adultos de ambos sexos del país, es también sede de adiestramiento de especialistas de varias profesiones dedicadas al cuidado de la salud mental. Por ejemplo, el Hospital es sede académica del Plan único de Especializaciones Médicas, de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ofrece el Programa de Especialización en Psiquiatría para médicos graduados, con duración de cuatro años. De esta manera el Hospital es un centro de atención de enseñanza e investigación, además de contar con los servicios de: Hospital de Día, Hospital de Fin de Semana, Hospitalización Continua, Psiquiatría comunitaria y Unidad Médico Quirúrgica (<http://hospitalfraybernardino.blogspot.com>).

3.2 Misión y visión del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Su misión es brindar atención integral humanista y de alta calidad a la población que requiera servicios especializados en psiquiatría y salud mental, así como formar recursos humanos en la materia. El personal del Hospital está muy interesado, en que la Institución sea un centro avanzado de atención, formación e investigación operativa en materia de psiquiatría y salud mental (García, 2010).

3.3 La definición de Hospitalización Parcial Psiquiátrica

Las modalidades de los Servicios de Hospitalización Parcial Psiquiátrica (SHPP), se conocen también como "Hospital de Día Psiquiátrico" y constituyen una modificación de la Hospitalización Psiquiátrica Tradicional. De modo que en los SHPP, el paciente permanece en el hospital durante el día, y posteriormente se marcha a su casa a dormir. De esta forma el paciente no se separa del todo de su medio familiar (Ortuño, 2010), y por esta razón, los pacientes pueden desarrollar una red de apoyo de amigos y familiares, que pueden ayudar a supervisar sus condiciones cuando no están en el hospital (Murer, 2007).

Gómez, Hernández, Rojas y Santacruz (2008), definen el Hospital de Día de la siguiente forma: "Un servicio en el cual un equipo de profesionales en el área de la salud mental realiza valoración, tratamiento y rehabilitación de pacientes con enfermedades psiquiátricas agudas, exclusivamente en horas diurnas, con el objetivo de facilitar la adaptabilidad del individuo enfermo a su medio".

Por otra parte, Rosie (1987, citado en Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano, Sledge, Kluitert, Roberts, Hill & Wiersma, 2003) define el Hospital de Día Psiquiátrico, como una unidad que ofrece "servicios de diagnóstico y tratamiento para los pacientes gravemente enfermos, que de otra forma serían tratados en unidades de hospitalización psiquiátrica tradicional".

3.4 Servicios de Hospitalización Psiquiátrica Parcial: Antecedentes

Los SHPP fueron descritos por primera vez en la Unión Soviética, en la década de 1930, lo cual fue el resultado de la escasez de camas en la atención hospitalaria (Volovik, 1986, citado en Marshall et al., 2003). El primer Hospital de Día de América del Norte fue abierto en Montreal, Quebec, en 1946, también en un intento por reducir la demanda de camas de hospitalización (Cameron, 1947, citado en Marshall, et al., 2003).

3.5 Servicios de Hospitalización Psiquiátrica Parcial: Situación actual

Actualmente, los SHPP u Hospitales Psiquiátricos de Día, suelen verse como una opción atractiva en situaciones donde la demanda de los servicios hospitalarios es alta (Marshall, Crowther, Almaraz-Serrano, Creed, Sledge, Kluiters, Roberts, Hill, Wiersma, Bond, Huxley & Tyrer, 2001), porque la hospitalización completa es una manera costosa de cuidar a las personas con trastornos psiquiátricos agudos (Marshall, et al., 2003).

Según Gómez, et al., (2008), los SHPP implican dos ventajas: 1) disminuyen la necesidad de camas hospitalarias para pacientes y 2) los síntomas desaparecen más pronto en comparación con los pacientes en Hospitalización Psiquiátrica Continua.

Por otro lado, en una revisión sistemática Marshall, et al., (2003), concluyeron que la Hospitalización de Día puede lograr reducciones sustanciales en la atención que consiste en hospitalización completa. Sin embargo, reportan dos desventajas importantes:

- 1) Los SHPP no parecen ser tan eficaces en la reducción de las tasas de admisión, como los enfoques más radicales de intervención en crisis.
- 2) Los ahorros de costos logrados por los SHPP son modestos.

Por estas dos desventajas Marshall, et al., (2003) concluyeron que "la decisión de establecer una unidad de Hospitalización Parcial, debe hacerse tras una cuidadosa consideración de los problemas y los recursos locales".

También mencionan que “los Hospitales de Día son una opción atractiva en situaciones donde la demanda de atención hospitalaria es alta, pero es una opción menos atractiva en situaciones donde la demanda de atención hospitalaria es baja y donde las alternativas eficaces ya están en funcionamiento”.

3.6 Características de los pacientes que son usuarios de Servicios de Hospitalización Psiquiátrica Parcial

Los SHPP no son una opción para todos los pacientes psiquiátricos (Horvitz-Lennon, Normand, Gaccione & Frank, 2001). Algunos se benefician más que otros. Por ejemplo, Priebe, McCabe, Schützwohl, Kiejna, Nawka, Raboch, Reininghaus, Wang & Kallert (2011) reportaron que los pacientes y las personas con más educación, pueden beneficiarse más del tratamiento de los SHPP, que los pacientes que tienen menos educación.

Sin embargo, las principales características de estos pacientes parten de la premisa, de que los SHPP, son una alternativa de tratamiento para las personas que tienen un diagnóstico de Trastorno Mental Grave, el cual está determinado por tres aspectos, según el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica, de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009):

- 1) El diagnóstico de algún trastorno mental
- 2) La cronicidad o duración del trastorno, que puede ser desde seis meses cuando existe un deterioro progresivo, o tener una evolución de dos o más años.
- 3) La presencia de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada. Está discapacidad debe producir limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida.

Por otra parte, los pacientes psiquiátricos con riesgo de cometer suicidio y aquellos que ponen en riesgo claro la vida de otras personas, cumplen criterios para ser ingresados en un Servicio de Hospitalización Psiquiátrica Continua (Ortuño, 2010), y no son candidatos de los SHPP.

Esta distinción entre Hospitalización Psiquiátrica Continua y SHPP, es muy evidente en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Donde algunos pacientes que son usuarios del SHPFS, estuvieron en algún momento de su tratamiento en Hospitalización Psiquiátrica Continua. Dicho paso, de la Hospitalización Psiquiátrica Continua, a la Hospitalización Parcial, es posible una vez que el tratamiento psiquiátrico estabiliza el estado del paciente y el psiquiatra da su recomendación (Murer, 2007). De lo anterior se desprende, que un requisito indispensable para que un paciente ingrese en un SHPP, es que dicho paciente esté bajo el cuidado de un médico psiquiatra que certifique la necesidad médica de dicho Servicio. Esta certificación debe incluir un diagnóstico exacto (Murer, 2007).

3.7 El Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

El SHPFS es una variante de los SHPP, con la distinción de ofrecer el servicio a los pacientes que no pueden asistir entre semana. Dicho servicio incluye manejo farmacológico y psicológico.

El Servicio está integrado por un equipo interdisciplinario, en el cual sus integrantes contribuyen al logro de objetivos. Los integrantes de este equipo aportan sus ideas y participan en la toma de decisiones. El equipo está formado por profesionales en psiquiatría, enfermería, psicología y trabajo social. El SHPFS tiene como objetivos: proporcionar tratamiento integral a aquellos pacientes psiquiátricos que no ameriten hospitalización completa y lograr el grado máximo de funcionalidad de ellos.

Los días sábados se daba atención a pacientes con trastornos afectivos y los días domingos a pacientes con trastornos psicóticos.

Cada paciente disfrutaba cada ocho días de: 1) una sesión psicoterapéutica grupal, 2) talleres, 3) desayunos y comidas. Además tenían consulta médica con el psiquiatra una vez al mes, y algunos de ellos tenían sesiones de psicoterapia familiar cuando el psiquiatra lo consideraba conveniente.

4 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Las actividades realizadas en el Servicio Social eran principalmente tres: 1) participación en sesiones de rehabilitación de pacientes hospitalizados, 2) acompañamiento terapéutico con pacientes hospitalizados y 3) como observador registrante en psicoterapia grupal de pacientes usuarios del SHPFS. A continuación se describen estas actividades.

4.1 Participación en las sesiones de rehabilitación de pacientes hospitalizados

4.1.1 Contexto de la Rehabilitación Psiquiátrica

La rehabilitación psiquiátrica, ha sido aceptada por las disciplinas dedicadas al cuidado de la salud mental, como un campo legítimo de estudio y práctica (Farkas & Anthony, 2010). Los servicios de rehabilitación psiquiátrica tienen el objetivo de reducir la discapacidad y restaurar la funcionalidad de los pacientes (Anthony, 2010).

En contraste con la práctica de la rehabilitación psiquiátrica actual, la prestación de servicios psiquiátricos en la mayor parte del siglo pasado, ha sido en general muy influida por el equivocado supuesto de que las personas con enfermedades mentales graves no se recuperan y, por el contrario, se deterioran con el tiempo (Bond, Becker, Drake, Rapp, Meisler, 2001 citado en Farkas & Anthony, 2010; Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005 citado en Farkas & Antony, 2010).

Sin embargo, treinta años de evidencia empírica apoyan la idea de que la recuperación de la enfermedad o la recuperación del sentido de la vida es, no sólo deseable sino posible (Farkas & Anthony, 2010).

De este modo la rehabilitación psiquiátrica promueve: 1) una visión de recuperación o, 2) el logro del sentido de la vida, en lugar de limitarse a apoyar la adaptación o supervivencia en la comunidad (Farkas, 2007 citado en Farkas & Antony, 2010).

La recuperación se manifiesta en muchas formas. Por ejemplo: en un aumento de la salud física y bienestar, en la recuperación del papel en la sociedad y reducción de los síntomas (Farkas, Gagne, Anthony, & Chamberlin, 2005 citado en Farkas & Antony, 2010).

4.1.2 La Rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" en fines de semana

Durante el Servicio Social, se nos dio un Seminario introductorio sobre conceptos de rehabilitación psiquiátrica. El marco teórico de dicho Seminario se basaba en los conceptos de Watts & Bennett (1990). Dichos autores sugieren que los programa de rehabilitación psiquiátrica, deben estar diseñados de tal manera que preparen a los participantes para que puedan desenvolverse en un medio determinado. También dicen que la rehabilitación es una preparación para la reubicación y un ejercicio que consiste en lograr que los pacientes hagan el mejor uso de las capacidades que aún les quedan (Watts & Bennett, 1990). La reubicación se refiere a las posiciones que una persona tiene en la sociedad, y la rehabilitación se relaciona con las conductas alcanzadas. Por ejemplo, ser un empleado es una posición en la sociedad y el trabajo es la ejecución de funciones y conductas requeridas por el empleo (Watts & Bennett, 1990).

4.1.3 Características de los pacientes que participaban en las sesiones de rehabilitación

Las sesiones de rehabilitación en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", en fin de semana, se llevaban a cabo con pacientes que estaban hospitalizados (en "Hospitalización Psiquiátrica Continua"). Cabe mencionar que los pacientes hospitalizados tienen características distintas a los pacientes usuarios del SHPFS. Para hacer esta distinción, es útil mencionar algunos de los criterios que ameritan que un paciente ingrese a "Hospitalización Psiquiátrica Continua". Según Ortuño (2010), se ingresa a todo paciente que padezca una enfermedad psiquiátrica de grave y que además:

1. Ponga en claro riesgo su vida, por que haya realizado un intento de suicidio en las dos semanas anteriores al ingreso.
2. Presente ideación suicida persistente, asociada con planificación de conductas suicidas, existencia de sentimientos de desesperanza o desesperación, ideas delirantes con contenidos de culpa, condenación, muerte u orden de suicidio.
3. Ponga en riesgo claro la vida de otras personas, de modo que la peligrosidad tenga un claro origen en una enfermedad mental del tipo de psicosis afectivas mayores, trastornos psicóticos, trastornos degenerativos, trastornos de personalidad con episodios de pérdida de control personal, y que conlleve manifestaciones, síntomas o circunstancias tales como: agitaciones violentas, explosiones de genio incontrolado, alucinaciones que arrastren a la violencia y agresión, etc.

Los criterios mencionados, aplican a los pacientes hospitalizados del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Por lo cual, muchos pacientes hospitalizados suelen ser muy agresivos o no cooperativos con el tratamiento. Estas características dificultan que todos los pacientes hospitalizados puedan participar en las sesiones de rehabilitación, ya que antes de iniciar una sesión, se descarta a los pacientes que han manifestado conductas agresivas según las observaciones del personal de enfermería.

Cabe mencionar, que la agresividad es una conducta tan frecuente en los pacientes hospitalizados, que muchos autores han hecho investigaciones al respecto (Amore, Menchetti, Tonti, Scarlatti, Lundgren, Esposito & Berardi, 2008). Estos autores concluyeron en un estudio, que los pacientes psiquiátricos con mayor probabilidad de ejecutar violencia son hombres jóvenes que abusan de sustancias y sujetos con un grave perfil psicopatológico. Además enfatizan que niveles altos de hostilidad y desconfianza pueden predecir el empeoramiento del patrón de violencia.

4.1.4 El método en las sesiones de rehabilitación

Los pacientes: En las sesiones de rehabilitación, se trabajaba con grupos formados por pacientes psiquiátricos de ambos sexos y mayores de edad. Los grupos solían estar formados de 8 a 16 integrantes. Además, estos pacientes tenían otras características:

- a) Pacientes psiquiátricos que estaban hospitalizados en el segundo piso (por que yo estaba asignado en esta área).
- b) Pacientes que tenían autorización de su médico y del personal de enfermería para participar en actividades de rehabilitación.
- c) Los pacientes tenían derecho a decidir si participan en la sesión o no.

Estas características implicaban que el grupo en rehabilitación solía estar formado por diferentes integrantes de una sesión a otra.

Las sesiones de rehabilitación: eran dirigidas por un psicólogo adscrito y tenían una duración de 75 minutos; se llevaban a cabo en el salón de usos múltiples de la Planta Baja del Hospital. Por lo cual, los pacientes se trasladaban desde el segundo piso hasta la planta baja. Parte de mi trabajo consistía en supervisar que los pacientes no se desviaran en el trayecto y cerciorarme que solo bajaran los pacientes que tenían permiso. Además, mi participación consistía en registrar el contenido de la sesión e intervenir en momentos específicos.

Todas las sesiones tenían la misma estructura (aunque el contenido era diferente): un primer momento en que los integrantes se presentaban al grupo, un segundo momento en que los integrantes interactuaban y el grupo se integraba por medio de actividades lúdicas (integración), un tercer momento donde se exponía un tema psicoeducativo a los pacientes y un cuarto momento donde el tema era discutido por los pacientes en equipos (plenario).

Se me permitía intervenir en dos momentos: durante la integración del grupo por medio de la actividad lúdica y durante la exposición del tema psicoeducativo. Después de las sesiones de rehabilitación, tenía una reunión de retroalimentación con el psicólogo adscrito.

Materiales: Durante la actividad lúdica se utilizaban sillas y diversos materiales, por ejemplo paliacates, pelotas, colores, hojas de papel, etc. Para la exposición del tema psicoeducativo utilizábamos pizarrón, plumones, cartulinas y borradores. Dicho tema, proveía información a los pacientes sobre conceptos de salud mental, adicciones, sexualidad, criterios de ingreso y egreso del hospital.

4.2 Acompañamiento Terapéutico con pacientes hospitalizados

4.2.1 Contexto del Acompañamiento Terapéutico

El Acompañamiento Terapéutico (AT), es un dispositivo clínico que centra su intervención en el vínculo, la relación con el paciente y su red social personal (Saiz y Chévez, 2009). Algunos marcos teóricos que se han utilizado para explicar el AT, parten del Psicoanálisis, la Psicología Social y la Psicología Sistémica. De esta manera, el objetivo del AT es lograr la integración social y normalización de los enfermos mentales agudos y crónicos (Saiz y Chévez, 2009). El AT es una intervención, pero no un tratamiento, está incluido dentro del tratamiento como una intervención más, y está sujeto a la estrategia del tratamiento psicoanalítico, psicológico o psiquiátrico (Saiz y Chévez, 2009).

El AT se puede realizar en la cotidianeidad del paciente, ya sea que éste se halle ingresado o realizando tratamientos ambulatorios. Se realiza en equipo y los objetivos son planteados por el profesional tratante (Saiz y Chévez, 2009).

4.2.2 Antecedentes del Acompañamiento Terapéutico

Para entender el AT, es importante saber que este dispositivo surgió como una alternativa contra la Tradición Psiquiátrica de aislar a los pacientes con trastornos mentales graves. La crítica a esta Tradición Psiquiátrica, fue hecha y defendida por varios autores. Por ejemplo, Goffman sostenía que la hospitalización no beneficiaba la socialización y la participación en comunidad de los enfermos mentales (Goffman, 1961, citado en Saiz y Chévez, 2009). Dichas críticas tuvieron como resultado, que gradualmente las políticas sanitarias se fueron modificando, hacia una psiquiatría de puertas abiertas basada en la comunidad y en la integración social (Saiz y Chévez, 2009), lo cual incluía a la familia del paciente y el ambiente en el que vive. Luego, según Saiz y Chévez (2009), en diferentes países, se fueron desarrollando dispositivos con características muy parecidas a lo que hoy se conoce como Acompañante Terapéutico. Por ejemplo, en España el “monitor de tiempo libre” trabajaba con pacientes psiquiátricos. En Argentina y Brasil, se incorporó un agente llamado, inicialmente, “amigo calificado” (Kuras, Mahuer & Resnisky, 1985, citado en Saiz y Chévez, 2009), y que más tarde tomaría su nombre definitivo: Acompañante Terapéutico.

4.2.3 Aclaraciones sobre la “técnica” del Acompañamiento Terapéutico

El AT se ha practicado por más de treinta años en diversos países, sin embargo no dispone de estudios empíricos (Saiz y Chévez, 2009). Lo cual es comprensible, considerando que no hay una definición específica de “lo que se hace”, ni de las capacidades que debe tener un acompañante para realizar su trabajo (Duarte, 2005, citado en Saiz y Chévez, 2009). Al ser el AT un dispositivo tan flexible, no se puede describir una metodología específica.

4.2.4 El Acompañamiento Terapéutico en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" en fines de semana

El acompañamiento terapéutico tenía lugar durante las actividades al aire libre, en el jardín del Hospital. Durante este periodo de tiempo (dos horas aproximadamente), se animaba a los pacientes a bailar o participar en actividades deportivas. Los pacientes que participaban tenían las siguientes características:

- a) Pacientes psiquiátricos hospitalizados de todos los pisos del hospital.
- b) Pacientes que tenían autorización de su médico y del personal de enfermería para participar en esta actividad.

Mi trabajo en particular, consistía en dos aspectos: detectar a los pacientes que se aislaban, o no se incorporaban a alguna de las actividades mencionadas y realizar acompañamiento terapéutico con ellos.

Cuando los pacientes se aíslan es muy recomendable el AT. Así lo aconsejan Seidmann y Muchinik (1998, citado en Saiz y Chévez, 2009). De esta manera se puede lograr la integración social de los pacientes (Saiz y Chévez, 2009).

Mi intervención como acompañante terapéutico, la realizaba con los pacientes que estaban presentes en el Jardín del Hospital. Lo cual dificultaba que un paciente estuviera conmigo más de dos o tres veces, por las siguientes razones:

- 1) Generalmente, los pacientes hospitalizados eran dados de alta en 30 días máximo.
- 2) Sin embargo, muchos pacientes eran dados de alta antes de este tiempo.
- 3) Regularmente había pacientes de nuevo ingreso o reingreso.
- 4) Además los pacientes tenían la opción de no bajar al Jardín, si así lo preferían.
- 5) Los pacientes no bajaban al Jardín si no tenían autorización de su médico y del personal de enfermería.

Durante el AT, daba información adicional a los pacientes que reservaban dudas sobre las sesiones de rehabilitación, escuchaba y daba sugerencias a los pacientes que expresaban sus inquietudes, que requerían apoyo por su estado anímico, que tenían dudas con respecto al tratamiento y la estancia hospitalaria.

4.3 En Psicoterapia Grupal como observador registrante (en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana)

El hospital conserva registros grupales e individuales de las sesiones de psicoterapia grupal. Estos registros eran redactados por los Prestadores de Servicio Social, que observábamos la sesión a través de Cámara de Gesell. Después de la redacción y visto bueno de los terapeutas, los registros individuales se anexaban al expediente de cada paciente. Cabe mencionar, que el expediente médico del paciente debe tener, de manera clara y precisa, las notas del progreso actual y la respuesta del paciente. Esta documentación es necesaria para demostrar que el Servicio de Hospitalización Parcial es razonable y necesario (Murer, 2007).

Durante los seis meses de Servicio Social, observé la evolución de dos grupos en psicoterapia grupal. La psicoterapia de grupo es una forma de tratamiento, en la que el terapeuta selecciona un conjunto de personas con disfunciones mentales, emocionales o de comportamiento (Gómez, et al., 2008). Las técnicas utilizadas son dirigidas para ejercer una acción psicoterapéutica simultánea, para lograr un "cambio en la personalidad" (Ortuño, 2010).

Las sesiones de psicoterapia, se circunscribían dentro del enfoque psicodinámico. Los supuestos más importantes de la terapia psicodinámica de grupo son tres: a) que el comportamiento está determinado inconscientemente, b) que las formas en que un adulto se relaciona con los demás, se generan por la experiencia de la infancia, particularmente en la familia, y c) que los procesos inconscientes, incluyendo las defensas y las identificaciones (proyectivos e introyectivos) sostienen la experiencia subjetiva de las relaciones (Lemma, Target & Fonagy, 2011).

Se postula que el objetivo de la terapia grupal psicodinámica, es lograr un cambio duradero de personalidad. En ella, el terapeuta no toma el liderazgo del grupo, lo cual en un inicio genera un cierto grado de la ansiedad, hasta que el grupo establece sus normas. Según la terapia psicodinámica, esta postura del terapeuta permite la dinámica inconsciente entre los miembros del grupo.

Además se afirma, que el cambio de personalidad, se alcanza mediante la elaboración de los nuevos conocimientos dentro de la transferencia y la contratransferencia (Montgomery, 2002). A continuación describo el funcionamiento de la Terapia en el SHPFS:

4.3.1 El método de la Psicoterapia en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

- 1) Los sujetos: En total, el SHPFS atendía 56 pacientes en la "Clínica de Trastornos Afectivos". Los cuales estaban distribuidos en seis grupos. Todos los grupos eran heterogéneos, es decir que estaban formados por pacientes con diversos diagnósticos (Depresión, Episodio Depresivo, Trastorno Bipolar, Distimia, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de la Personalidad).

Todos los grupos ya estaban en funcionamiento cuando yo comencé el Servicio Social (1 de agosto del 2010). De estos seis grupos, estuve observando la evolución de dos de ellos (Grupos "1" y "2").

El grupo "1" estaba compuesto por 13 pacientes. Sus edades oscilaban entre 18 y 45 años. El grupo "2" estaba compuesto por 10 pacientes y sus edades oscilaban entre 23 y 62 años. A continuación añado dos tablas, que muestran los diagnósticos de cada paciente de ambos grupos:

"Grupo 1"

| | NOMBRE | SEXO | EDAD | DIAGNÓSTICO |
|----|-----------|------|------|------------------------------------|
| 1 | L.A.N | F | 29 | Episodio depresivo |
| 2 | L.A.L.G | M | 20 | Trastorno del humor |
| 3 | C.H.C | F | 18 | Distimia |
| 4 | P.G.L.V | F | 18 | Episodio depresivo |
| 5 | S.P.G | F | 38 | Trastorno de ansiedad |
| 6 | S.I.N.D | F | 24 | Episodio depresivo |
| 7 | A.R.R.F | F | 41 | Episodio depresivo |
| 8 | G.A.N.T | M | 45 | Episodio depresivo |
| 9 | S.H.A.R | F | 19 | Trastorno mixto ansioso-depresivo |
| 10 | S.V.H | M | 19 | Trastorno de Ansiedad Generalizada |
| 11 | K.S.S.C | F | 19 | Trastorno depresivo |
| 12 | L.E.G.E | M | 23 | Episodio depresivo |
| 13 | Y.G.D.L.R | F | 25 | Trastorno de la Personalidad. |

"Grupo 2"

| | NOMBRE | SEXO | EDAD | DIAGNÓSTICO |
|----|-------------|------|------|---|
| 1 | B.M.M | F | 26 | Episodio depresivo |
| 2 | C.P.A | F | 53 | Episodio depresivo |
| 3 | M.E.G.R | F | 48 | Trastorno de Ansiedad Generalizada |
| 4 | R.R.G | F | 62 | Trastorno depresivo |
| 5 | R.V.B | M | 32 | Trastorno de Ansiedad Generalizada |
| 6 | M.D.C.M.D | F | 41 | Trastorno depresivo |
| 7 | B.O.D.J.D.L | F | 58 | Transformación persistente de la personalidad |
| 8 | Y.H.S | F | 26 | Trastorno de la personalidad |
| 9 | M.P.M | F | 23 | Trastorno de la personalidad |
| 10 | N.B.G | F | 35 | Trastorno de la personalidad |

- 2) **Terapia:** En ambos grupos, la terapia se rige bajo los criterios de la Psicoterapia Psicodinámica Grupal a Corto Plazo. Había dos terapeutas por cada grupo. En el grupo "1" había dos psiquiatras, y en el grupo "2" había un psiquiatra y un psicólogo. Las sesiones tenían lugar una vez por semana (los días sábados), y tenían una duración de noventa minutos.

El marco teórico para guiar ambos grupos en psicoterapia, se basaba en las teorías de Wilfred Bion, Melanie Klein y la Escuela Francesa, principalmente Didier Anzieu y René Kaes. Las sesiones se realizaron en la Cámara de Gesell "1" del SHPFS.

Durante las sesiones, un equipo de cuatro prestadores de Servicio Social observábamos a través de la Cámara de "Gesell 1", registrábamos los "fenómenos grupales" en una crónica grupal y elaborábamos una nota de evolución por cada paciente que asistía. Después de cada sesión teníamos una reunión de retroalimentación con los terapeutas.

- 3) **Instrumentos de Evaluación:** Los pacientes de ambos grupos, fueron evaluados antes de ingresar en el SHPFS, con los siguientes instrumentos: MMPI-2, IDARE-E, IDARE-R, Test de ansiedad de Beck y Test de depresión de Beck. Sin embargo, las puntuaciones de estas evaluaciones no estaban disponibles en su totalidad y algunos expedientes estaban extraviados.
- 4) **Análisis de los datos:** Para hacer el análisis, sería necesario tener una evaluación de los pacientes después de finalizado el tratamiento, lo cual no fue posible, porque los grupos continuaron en tratamiento aún después de que finalizó mi Servicio Social (30 de enero del 2011). De hecho había planes del equipo interdisciplinario, para continuar con el tratamiento hasta finales de Febrero o Marzo del 2011. Por lo tanto no hay resultados definitivos para hacer un análisis de datos.

Quiero mencionar en este momento, que al observar la evolución de los pacientes en psicoterapia grupal, consideré importante sugerir al SHPFS, el modelo de la Práctica Basada en Evidencia (PBE) por las siguientes razones:

- a) En las unidades de SHPP, no existe un consenso sobre qué intervenciones psicosociales son más eficaces para el tratamiento de la depresión. Por ejemplo, algunas unidades utilizan modelos psicodinámicos y otras Cognitivo-Conductuales (Neuhaus, 2006). Por lo cual, es de suma importancia distinguir las intervenciones más eficaces.
- b) Por otro lado, la TCC ha mostrado eficacia en el tratamiento de la depresión en diversos contextos (Hermann, Munsch, Biedert & Lang, 2010). Por lo cual, sería de utilidad investigar si tal eficacia es viable en los contextos específicos de Hospitalización Parcial Psiquiátrica.
- c) En el caso del SHPFS, se utilizaba un modelo psicodinámico, y según muchos autores los datos que apoyan la eficacia de las Terapias Psicodinámicas no están bien fundamentados (Hermann, et al., 2010). Por lo cual, es de suma importancia averiguar si existen otros tratamientos que sean más eficaces, que el modelo psicodinámico que se utiliza en el SHPFS.

Como se verá más adelante, el método de la PBE permite localizar las intervenciones más eficaces, y en este IPSS, retomaré dicho método para evaluar la eficacia de la TCC en contextos específicos de SHPP.

Hacer esta evaluación tiene ventajas secundarias. Por ejemplo, los tratamientos con Terapia psicodinámica requieren mayores longitudes de tiempo, lo que implica el incremento en el costo del tratamiento (Neuhaus, 2006). Por tal motivo, si la TCC es más eficaz, sería un tratamiento recomendable no solo por su eficacia, también por que se podrían reducir costos por medio de su práctica.

Finalmente, presento dos tablas que indican el tiempo que cada paciente (de los grupos "1" y "2") llevaba en tratamiento hasta Diciembre del 2010. Lo cual resalta, que el tratamiento psicodinámico del SHPFS requería mayores longitudes de tiempo en comparación con otros tratamientos.

Grupo 1

| Número de pacientes | Tiempo de Tratamiento |
|----------------------------|--------------------------------|
| 1 paciente | Más de un mes |
| 2 pacientes | Más de 4 meses |
| 2 pacientes | Más de 5 meses |
| 2 pacientes | Más de 6 meses |
| 1 paciente | Más de 7 meses |
| 1 paciente | Más de 8 meses |
| 1 paciente | Más de 9 meses |
| 1 paciente | 10 meses en tratamiento |
| 1 paciente | Más de 13 meses |
| 1 paciente | Más de 17 meses |

En el grupo "1", poco más del 76% de los pacientes llevaban más de cinco meses de tratamiento

Grupo 2

| Número de pacientes | Tiempo de Tratamiento |
|----------------------------|------------------------------|
| 1 paciente | Más de un mes |
| 1 paciente | Más de 5 meses |
| 1 paciente | Más de 6 meses |
| 2 pacientes | Más de 7 meses |
| 5 pacientes | Más de 8 meses |

En el grupo "2", el 90% de los pacientes llevaban más de cinco meses en tratamiento.

Por otro lado, en los grupos restantes de la "Clínica de Trastornos Afectivos" del SHPFS (Grupos "3", "4", "5" y "6"), también se puede apreciar que la mayoría de los pacientes llevaban más de cinco meses en tratamiento:

| Grupo | No. De integrantes | % de pacientes con más de 5 meses en tratamiento |
|--------------|---------------------------|---|
| 3 | 10 | 80% de los pacientes. |
| 4 | 11 | Más del 63% de los pacientes, de los cuales 2 pacientes llevaban 2 años completos en tratamiento. |
| 5 | 5 | 60% de los pacientes. |
| 6 | 7 | Más del 28% de los pacientes, de los cuales uno llevaba más de 2 años en tratamiento. |

Es de esperar que la mayoría de los pacientes del SHPFS, llevaran en tratamiento más de cinco meses, ya que algunos autores reconocen que la terapia psicodinámica, no es eficaz en periodos breves de tiempo (pocos meses), para tratar trastornos ansiosos-depresivos en Hospitales de Día (Brajkovic, Jevtovici, Bilici, Bras & Loncar, 2009). Según estos autores la terapia psicodinámica es un método psicoterapéutico, que debe aplicarse por bastante tiempo para dar resultados, y no se espera que sea eficaz en un rango de tiempo cercano.

5 OBJETIVO DEL INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

El objetivo de este IPSS, es proponer el método de la Práctica Basada en Evidencia (PBE) de la Psicología, para el abordaje psicoterapéutico de pacientes que han sido diagnosticados con depresión y que son usuarios del SHPFS del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Más adelante, se explicará en qué consiste la PBE, se reportarán algunos de sus antecedentes, sus ventajas y su método. Posteriormente se retomarán algunas herramientas de la PBE, para evaluar la eficacia de la TCC en el tratamiento de pacientes diagnosticados con depresión, que son usuarios de SHPP, lo cual me permitirá al final aportar una recomendación al SHPFS.

Sin embargo, antes de abordar el tema de la PBE, quiero dejar claro que la depresión es un problema de salud que requiere atención especial por parte de los psicoterapeutas.

5.1 La depresión, su importancia como problema de salud

El diagnóstico de la depresión es muy frecuente (Chinchilla, 2008) y se le considera un problema de salud pública a nivel mundial (Lazar, 2010). Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/mental_health) afirma que para el año 2020, “la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo para todas las edades de ambos sexos”, lo cual implica que en el futuro, habrá mayor demanda de servicios en salud mental por depresión.

Sin embargo, independientemente del hecho de que afecta a millones de personas durante sus vidas, existen implicaciones negativas de la depresión que ameritan la acción rápida de los profesionales de salud. Entre ellas, Lazar (2010) menciona las siguientes:

- 1) La posibilidad de perder la vida a través del suicidio
- 2) Los muchos enormes costos sociales a través de la discapacidad, la baja productividad, el dolor, el sufrimiento y la exacerbación de los síntomas.
- 3) La carga emocional en las familias de los pacientes, la complicación y el aumento de la discapacidad de las enfermedades médicas (Lazar, 2010).

Sin duda, estas implicaciones negativas de la depresión, podrían animar a muchos psicólogos a valerse de tratamientos eficaces para el abordaje de la misma.

5.2 Una clasificación de la depresión

Según el National Institute of Mental Health (NIMH), la depresión es una enfermedad común pero grave y la mayor parte de quienes la padecen necesitan tratamiento para mejorar". El NIMH (2009) hace la siguiente clasificación sobre los tipos más comunes de depresión:

- 1) El trastorno depresivo grave: "se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que antes resultaban placenteras. La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero mayormente, recurre durante toda su vida".

- 2) El trastorno distímico: "también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas".

- 3) Depresión psicótica: "ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios".

- 4) Depresión posparto: "se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. Se calcula que del 10 al 15 por ciento de las mujeres padecen depresión posparto luego de dar a luz".

- 5) El trastorno afectivo estacional: “se caracteriza por la aparición de una enfermedad depresiva durante los meses del invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar. La depresión generalmente desaparece durante la primavera y el verano.

- 6) El trastorno bipolar: “también llamado enfermedad maniaco-depresiva, no es tan común como la depresión grave o la distimia. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión)”.

5.3 La psicoterapia en el tratamiento para la depresión

Algunos investigadores están muy interesados por los tratamientos farmacológicos de la depresión (Knoth, Bolge, Kim & Tran, 2010). Pero los tratamientos eficaces para el abordaje la depresión no se limitan a los medicamentos, ya que las intervenciones psicológicas tienen una eficacia bien establecida (Cuijpers, Van Straten, Andersson & Van Oppen, 2008).

Sin embargo, los tratamientos psicológicos suelen subestimarse en el ámbito médico. De hecho, suele creerse que en el caso de los pacientes gravemente deprimidos, el tratamiento psicológico tiene poco efecto. Por otro lado, algunos autores afirman que el tratamiento psicológico suele ser más eficaz en el manejo de la depresión de alta gravedad que en el de gravedad baja. Así lo reportaron Driessen, Cuijpers, Hollon & Dekker, en una revisión sistemática con meta-análisis (2010). De hecho, investigaciones recientes consideran la psicoterapia, como una parte fundamental para el tratamiento de los tipos más comunes de depresión. Nótese el siguiente cuadro:

| | Tratamiento Psicoterapéutico |
|-------------------------------|--|
| Depresión mayor | El tratamiento combinado (psicoterapia y farmacoterapia) es un tratamiento eficaz para el tratamiento de pacientes con depresión mayor (De Maat, Dekker, Schoevers & De Jonghe, 2007). |
| Trastorno distímico | El tratamiento de la distimia puede incluir la farmacoterapia y la psicoterapia, aunque la respuesta a cualquiera pueden ser modestos y / o de corta duración. Se han propuesto, la Psicoterapia Interpersonal, la TCC o la Terapia Psicodinámica (Dunner 2005, citado en Sansone & Sansone, 2009). |
| Depresión psicótica | Algunos autores afirman que los pacientes con depresión psicótica pueden beneficiarse de algunas formas de TCC (Gaudiano, Miller & Herbert, 2007). |
| Depresión posparto | Con respecto a la depresión posparto, Craig (2009) reporta resultados positivos de los tratamientos psicosociales como la Terapia Psicodinámica y la TCC. |
| Trastorno Afectivo Estacional | La Terapia de la Luz y los medicamentos antidepresivos son eficaces opciones de tratamiento, con evidencia limitada de la eficacia de la psicoterapia (Howland, 2009). |
| Trastorno bipolar | En el caso del trastorno bipolar, Oksanen (2010) afirma que la psicoeducación de grupo y el tratamiento cognitivo-conductual han demostrado la mejor eficacia en estudios controlados. Además Reilly-Harrington (2010) recomendó el uso de la Terapia Cognitivo-Conductual para ayudar a reducir las recaídas y, ofrecer a pacientes y familiares herramientas para manejar el trastorno bipolar con mayor eficacia. |

Como se puede apreciar, la psicoterapia está contemplada por muchos investigadores, como parte importante del tratamiento de los tipos más comunes de depresión, con excepción del trastorno afectivo estacional, donde la Terapia de la Luz y la farmacoterapia son los tratamientos de primera elección (Howland, 2009).

5.3.1 Ventajas de la psicoterapia para el tratamiento de la depresión

Además de los resultados citados, la psicoterapia tiene muchas ventajas en el tratamiento de la depresión: por ejemplo, aumenta la eficacia de los medicamentos, es muy valiosa para los pacientes que no pueden tomar fármacos, y es muy útil como tratamiento primario para ciertos subgrupos de pacientes deprimidos, tales como aquellos con estructuras de carácter perfeccionista (Lazar, 2010).

6 SOPORTE TEÓRICO DE LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

El soporte teórico de este IPSS, fundamenta mi propuesta para el SHPFS del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Como se ha dicho, propongo la Práctica Basada en Evidencia (PBE), para la atención psicoterapéutica de los pacientes diagnosticados con depresión del SHPFS.

La PBE consiste en un movimiento que ha tenido un impacto muy importante en la investigación y práctica de muchas disciplinas que se dedican al cuidado de la Salud (Pagoto, Spring, Coups, Mulvaney, Coutu & Ozakinci, 2007).

Esta influencia ha sido muy clara en la medicina y la psicología (Spring, Pagoto, Kaufmann, Whitlock, Glasgow, Smith, Trudeau, Davidson, 2005), pero también, otros profesionales como enfermeras, terapeutas físicos y consejeros han establecido ciertas normas de participación en este movimiento (Davidson & Spring, 2006).

6.1 ¿En qué consiste la Práctica Basada en Evidencia?

La "Práctica Basada en Evidencia" (PBE), pone especial atención en este último término: la "evidencia". Esta "evidencia" es empírica, y consiste en pruebas acerca de lo que realmente funciona o no funciona en la práctica (Glasziou, Del Mar, Salisbury, 2003). La PBE es el proceso de integración de la mejor evidencia clínica de investigación, y la mejor evidencia proviene de estudios, en los cuales, los métodos utilizados maximizan la posibilidad de eliminar el sesgo. Por lo anterior, la PBE contribuye sustancialmente a mejorar la capacidad de los médicos, y de otros profesionales de la salud, para atender a sus pacientes (Davidson, Goldstein, Kaplan, Kaufmann, Knatterud, Orleans, Spring, Trudeau & Whitlocks, 2003).

La PBE surgió como un movimiento que hacía resaltar la falta de actualización de muchos médicos. Por lo cual Spring, et al., (2005) afirmaron: "los años que siguen a la capacitación formal de los médicos, se caracterizan por un crecimiento en la experiencia clínica pero una disminución en el conocimiento de la investigación científica actual". Por lo tanto la premisa básica de la PBE es que no debería haber ningún desfase entre el aprendizaje de los graduados y la vida profesional posterior (Spring, 2007). Además, la PBE fue impulsada por una creciente toma de conciencia de que el conocimiento científico estaba ejerciendo muy poca influencia en la práctica clínica habitual (Spring, et al., 2005).

6.2 Antecedentes de la Práctica Basada en Evidencia

El movimiento de la PBE se originó en el campo de la medicina hace más de 24 años (Pagoto, et al., 2007), con el nombre de "Medicina Basada en Evidencia" (Davidson, et al., 2003).

Sin embargo, aunque el desarrollo de la PBE en el campo de la Psicología ha sido lento (Pagoto, et al., 2007), se pueden identificar nueve acontecimientos históricos partiendo desde su origen en la Medicina:

- 1) El movimiento de la PBE probablemente comenzó por primera vez en los Estados Unidos. A comienzos del siglo XX. Los éxitos médicos como la cirugía antiséptica, vacunación y sanidad pública, hicieron posible comenzar a diferenciar entre los tratamientos médicos científicos y los no científicos. Estas tendencias, alentaron a la Medical Association American a promover la estandarización de un currículo basado en la ciencia y la formación clínica rigurosa (Spring, 2007)
- 2) En 1960, el ensayo clínico aleatorizado era una rareza, pero en 1992 ya se aceptaba que virtualmente ninguna droga podía entrar en la práctica clínica sin una demostración de su eficacia en ensayos clínicos, y gradualmente el método de ensayo clínico aleatorizado se comenzó a aplicar a los tratamientos quirúrgicos y pruebas de diagnóstico (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992).
- 3) En el Reino Unido, en el año de 1972, el epidemiólogo británico Archie Cochrane propuso que los investigadores y los profesionales deben colaborar a nivel internacional, para revisar de forma sistemática todos los mejores ensayos clínicos (es decir los ensayos controlados aleatorizados), especialidad por especialidad. En un libro publicado en 1972, Cochrane reconoció que los médicos no tenían fácil acceso a las revisiones confiables de la evidencia disponible (Glasziou, et al., 2003).
- 4) En la Universidad de McMaster, en Canadá, en la década de 1980, se desarrolló un grupo crítico de profesores que quería desarrollar un método que permitiera a los profesionales participar en el proceso de la Medicina Basada en Evidencia.

- El grupo desarrolló un proceso que consistía en 5 pasos: 1) Formulación de la pregunta, 2) búsqueda de respuestas mediante la adquisición de las pruebas, 3) Evaluación de las pruebas de calidad, 4) Aplicación de los resultados, y 5) evaluación de los resultados (Spring, 2007). El grupo de McMaster desempeñó un papel fundamental en el desarrollo de otro campo que es parte integral de la PBE: la disciplina llamada "informática de la salud" que consiste en registros médicos electrónicos que se necesitan para almacenar, recuperar, gestionar y utilizar la información de salud en el tiempo y lugar en que se tienen que tomar las decisiones médicas (Spring, 2007).
- 5) El paradigma de "Medicina Basada en Evidencia" surgió, formalmente, en la década de 1990. Desde entonces, todos los grandes campos de la salud incluyendo la psicología han adoptado una política basada en la evidencia (Walker & London, 2007). Dicho paradigma, surgió en parte, para abordar los problemas de atención sanitaria con calidad (Jacobsen, 2009), o como lo mencionan Spring, et al., (2005): "en un inicio el propósito del movimiento de la Medicina Basada en Evidencia consistía en ayudar a los médicos a distinguir entre el tratamiento efectivo y los tratamientos ineficaces".
 - 6) En el año de 1992 se consideraba que los Meta-análisis estaban ganando cada vez mayor aceptación, como un método para resumir los resultados de una serie de ensayos aleatorizados. En ese mismo año la "Medicina Basada en Evidencia" ya animaba a restar importancia a la intuición y a la experiencia clínica no sistemática para la toma de decisiones clínicas, y hacía hincapié en el examen de la evidencia de la investigación clínica (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992).
 - 7) A principios del siglo XXI, retomando a la Medicina Basada en Evidencia, se comenzó a crear el movimiento psicológico llamado "Medicina Conductual Basada en Evidencia" (Davidson, et al., 2003).

- 8) En el año 2005, el Congreso de Representantes de la APA aprobó en su informe de agosto la PBE, la cual consiste en la integración de la mejor evidencia de investigación, junto con la experiencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente. Esta definición es paralela a la adoptada (años antes), por la Medicina Basada en Evidencia: “la práctica basada en evidencia es la integración de la mejor evidencia de investigación con experiencia clínica en el contexto de los valores del paciente” (APA, 2005).

- 9) Posteriormente en el año 2006, la APA afirmó: “Se ha aprendido mucho en el siglo pasado sobre investigación psicológica básica y aplicada, así como de las observaciones y las hipótesis desarrolladas en la práctica clínica. Muchas estrategias para trabajar con los pacientes han surgido y se han perfeccionado a través de ensayo y el error. Sin embargo, el poner a prueba las hipótesis clínicas tiene sus límites, de ahí la necesidad de integrar la experiencia clínica con la mejor investigación disponible” (APA, 2006). En este mismo año, la APA desarrolló una declaración política oficial sobre la PBE en la Psicología (Thorn, 2007).

6.3 Las ventajas de la Práctica Basada en Evidencia

La PBE es ventajosa por dos razones importantes:

- 1) Por medio de la PBE se puede reducir el uso de intervenciones ineficaces y se pueden promover decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia actual (Pagoto, et al., 2007).
- 2) La PBE hace hincapié en un proceso de aprendizaje activo, que permite a los profesionales de la salud mantenerse al día con información reciente (DiLillo & McChargue, 2007).

Sin embargo, para Spring, et al., (2005), las ventajas anteriormente citadas son en realidad necesidades apremiantes en la práctica profesional. Por que muchas decisiones e intervenciones en la práctica médica y psicológica no cuentan con apoyo empírico fuerte. Para llegar a esta conclusión Spring, et al., (2005), citan tres resultados de un estudio, que tenía el objetivo de determinar sobre qué se basaban las decisiones de algunos profesionales de salud en la práctica clínica (Institute of Medicine, 1990, citado en Spring, et al.):

- a) Menos del 5% de las decisiones de tratamiento médico, en este estudio, se tomaron sobre la base de datos de investigación fuerte.
- b) La mitad de las decisiones se basaron en creencias compartidas del clínico que contó con el apoyo científico mínimo, y la mitad se basaron en opiniones personales.
- c) Sólo una minoría de las prácticas terapéuticas de los psicólogos clínicos cuentan con apoyo empírico.

Por otro lado, Davidson & Spring (2006), afirmaron que muchas veces los profesionales de la salud se sienten obligados a tomar decisiones difíciles sobre la duración, intensidad y tipo de tratamiento, a menudo sin ningún tipo de orientación de investigación práctica o información acerca de lo que realmente ayuda o perjudica. Glasziou, et al., (2003) llaman a esta falta de orientación "un gran vacío de información entre la investigación y la práctica clínica". Lo cual se debe a que la investigación se publica constantemente, pero los médicos y otros profesionales de la salud como los psicólogos, no son conscientes de la mayor parte de ella, o no tienen las 'herramientas' para evaluar su calidad (Glasziou, et al., 2003).

Pero a pesar de las ventajas y las necesidades que satisface la PBE, muchos médicos y psicólogos ven este movimiento con preocupación y sospecha o lo ven como irrelevante para el ejercicio de su profesión. Lo cual se debe, generalmente, a una escasa información (Davidson & Spring, 2006) y concepciones erróneas sobre lo que realmente significa el concepto de la PBE (Thorn, 2007). Por este motivo Collins, Leffingwell & Belar (2007) sugieren que un método eficaz de enseñar la PBE es hacer frente a sus mitos más comunes.

Aunque muchos médicos y psicólogos no simpatizan con el movimiento de la PBE, la creación de una base empírica en psicología es irrefutable. Por lo cual Davidson & Spring (2006) se expresaron del siguiente modo: “¿Qué Psicólogo no está de acuerdo con el principio de no hacer daño en beneficio de los pacientes, utilizando los datos para guiar la práctica, lo que requiere una buena asistencia clínica y tener en cuenta los valores, características y preferencias del paciente? No estar de acuerdo con estos principios, sería herético”. Por tal motivo, para Collins, et al., (2007), la enseñanza de la PBE de la Psicología, es fundamental para la preparación de los futuros psicólogos de los servicios de salud.

En resumen, la PBE reporta muchos beneficios para los médicos, psicólogos, investigadores, y, sobre todo, para el público, ya que se esfuerza por tener un sistema de atención de salud que esté “construida sobre bases sólidas de las pruebas para determinar qué tratamientos deben constituir la norma de atención” (Spring, et al., 2005). Además, la PBE ofrece herramientas profesionales que permiten obtener conclusiones, a partir de datos relevantes para la práctica individual en maneras que no eran posibles antes de que existiera este enfoque (Davidson & Spring, 2006).

Por lo tanto, los profesionales de la Psicología pueden mejorar los resultados en su práctica profesional y mejorar sus decisiones de tratamiento si deciden entender las reglas de la PBE y se familiarizan con ellas (Davidson & Spring, 2006). Para lo cual, se requerirá persuadir a los profesionales a cambiar la forma en que practican, lo que tal vez sea el obstáculo más grande para la PBE (Jacobsen, 2009). Finalmente, cabe mencionar que Davidson & Spring (2006) hicieron un llamado a los profesionales e investigadores para unirse e influir en el movimiento de la PBE de la psicología (Davidson & Spring, 2006).

7 SOPORTE METODOLÓGICO DE LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA

7.1 Los tres Pilares de la Práctica Basada en Evidencia

Algunos psicólogos creen equivocadamente que la PBE y los tratamientos que tienen apoyo empírico son sinónimos. Sin embargo esta creencia está alejada de la realidad. La PBE es un concepto amplio que se refiere al conocimiento y aplicación de tres elementos esenciales:

- a) La mejor evidencia disponible.
- b) La experiencia clínica del profesional de salud para diagnosticar y tratar los problemas del paciente.
- c) Las preferencias, preocupaciones y expectativas del paciente.

Estos tres elementos se les conoce como los tres pilares de la PBE (Bauer, 2007). Es importante conocer y poner en práctica los tres pilares para determinar la atención óptima de un paciente (Spring 2007). A continuación se explican estos pilares.

7.1.1 Primer Pilar: La mejor evidencia disponible

Supongamos que un psicólogo desea saber que intervención psicológica es más eficaz para el tratamiento de la depresión. Investigar al respecto le conduciría a una gran diversidad de información y mucha de ella contradictoria. Posiblemente se encontraría con afirmaciones como las siguientes:

- 1) Que la TCC es superior a la terapia psicodinámica en el tratamiento de la depresión (Tolin, 2010).
- 2) Que la TCC y la Terapia Psicodinámica a corto Plazo son métodos igualmente eficaces en el tratamiento de la depresión (Leichsenring, 2001).

- 3) Que la Terapia Psicodinámica a largo plazo, es más eficaz que las terapias a corto plazo para el tratamiento de trastornos mentales, entre ellos depresión (Leichsenring & Rabung, 2008).
- 4) Que la Terapia Interpersonal es más eficaz que otros tratamientos para el abordaje de la depresión (Cuijpers, et al., 2008).

Ante resultados tan diversos, la elección del tratamiento más eficaz resulta una tarea difícil. Sin embargo, la PBE provee herramientas que permiten identificar la mejor evidencia clínica de investigación. Para lograr este objetivo, las investigaciones se deben ver de forma jerárquica. Los registros clínicos anecdóticos y los estudios no controlados están en la parte inferior de la jerarquía. Por otro lado los ensayos controlados aleatorizados están en la parte superior. Esto se debe a que los tratamientos que son eficaces han demostrado esa eficacia en investigaciones controladas, es decir en ensayos clínicos aleatorizados (Luebbe, Radcliffe, Callands, Green & Thorn, 2007).

Sin embargo, las limitaciones de tiempo, entre otras, llevan a los profesionales ocupados a recomendar un tratamiento por una o más de las siguientes causas según Waker & London (2007):

- 1) Por una opinión basada en la experiencia clínica del pasado, lo que se aprendió en la escuela, o lo que han leído o escuchado recientemente.
- 2) Por haber consultado con colegas, y / o
- 3) Por haber hecho una búsqueda rápida a través de Google o en alguna base de datos científica.

Pero cada una de estas formas de buscar respuestas conlleva defectos. Por lo cual, al tomar decisiones de tratamiento, los profesionales de salud deben guiarse por la mejor evidencia empírica disponible.

7.1.1.1 La jerarquía del Oxford Center for Evidence-Based Medicine

Para jerarquizar el conocimiento, Spring (2007) propuso utilizar la jerarquía del Oxford Center for Evidence-Based Medicine (OCEBM), como una herramienta para evaluar la calidad de las investigaciones. La Jerarquía está compuesta por “niveles de evidencia” y estos “niveles de evidencia” son esencialmente un atajo para que los profesionales de salud o los pacientes encuentren la mejor evidencia científica (Howick, Chalmers, Glasziou, Greenhalgh, Heneghan, Liberati, Moschetti, Phillips, & Thornton, 2011).

Si se tiene el tiempo limitado, y se desea saber qué intervención puede tener mejores resultados para el tratamiento de la depresión (por ejemplo), ¿por dónde se empezaría la búsqueda de pruebas científicas? En realidad, muy pocas veces se tendría el tiempo, para revisar los miles de artículos que se podrían encontrar sobre los beneficios y los riesgos de muchas intervenciones para el tratamiento de la depresión. Por tal motivo, jerarquizar el conocimiento es útil y permitirá identificar los estudios, donde existe más probabilidad de hallar la mejor evidencia (Howick, et al., 2011).

Las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, han demostrado que proporcionan las respuestas más fiables, lo que sugiere, que para ahorrar tiempo, se puede empezar por buscar en las revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados. Si no se encontró ninguna evidencia en las revisiones sistemáticas, se iría en la búsqueda de ensayos aleatorizados individuales, y así sucesivamente a través de los niveles de evidencia del OCEBM (Howick, et al., 2011). A continuación se expone la Jerarquía del OCEBM del año 2009 y las modificaciones que se propusieron en el año 2011:

En el año 2009, el OCEBM jerarquizó cinco niveles de evidencia:

- 1) Nivel de evidencia 1: En este nivel se encuentran los ensayos clínicos controlados de alta calidad y las revisiones sistemáticas de estos ensayos clínicos controlados.

- 2) Nivel de evidencia 2: En este nivel se encuentran los ensayos clínicos de menor calidad y las revisiones sistemáticas de estos ensayos clínicos de menor calidad.

- 3) Nivel de evidencia 3: En este nivel se encuentran los estudios de casos y controles, los estudios retrospectivos y comparativos, y las revisiones sistemáticas de estos estudios.

- 4) Nivel de evidencia 4: En este nivel se encuentran las series de casos.

- 5) Nivel de evidencia 5: En este nivel se encuentran las opiniones de expertos.

Sin embargo, en Marzo del 2011, se propusieron algunos cambios a la jerarquía de los niveles de evidencia del OCEBM. Ahora el número de niveles de evidencia depende de la pregunta de investigación. Por ejemplo, si la pregunta de es: ¿Es benéfica esta intervención? (beneficios del tratamiento), los niveles de evidencia son cinco:

| Nivel de evidencia | Tipo de estudios |
|--------------------|---|
| 1 | Revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados. |
| 2 | Estudios clínicos controlados aleatorizados. |
| 3 | Estudios de cohorte y estudios correlacionales. |
| 4 | Estudios de casos y controles, y casos únicos. |
| 5 | Opiniones de expertos. |

7.1.1.2 Los grados de recomendación

Una vez que se ha identificado el nivel de evidencia de cierto estudio, se le asigna un grado de recomendación de acuerdo a su posición en la jerarquía del OCEBM:

| Nivel de Evidencia | Grado de Recomendación | Significado del Grado de recomendación |
|--------------------|------------------------|---|
| 1 | A | Extremadamente recomendable |
| 2 | B | Recomendable |
| 3 | C | Ni recomendable ni desaconsejable, al menos moderada evidencia. |
| 4 | D | Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan los beneficios). |
| 5 | I | Evidencia insuficiente, de mala calidad o contradictoria, y el balance entre beneficios y perjuicios no puede ser determinado |

Los niveles de evidencia y grados de recomendación, no tienen la intención de ofrecer un juicio definitivo sobre la calidad de la evidencia. Es inevitable que haya casos donde un estudio de un "nivel inferior", por ejemplo un estudio observacional, redundará en una mayor evidencia que un estudio de un "nivel superior" (Howick, et al., 2011). Por ejemplo, las pruebas basadas en ensayos controlados aleatorizados que se consideran una prueba de alta calidad, pueden disminuir su confianza por varias razones (Guyatt, Oxman, Vist, Kunz, Falck-Ytter, Alonso-Coello & Schünemann):

- 1) Limitaciones del estudio
- 2) Inconsistencia de los resultados
- 3) Imprecisión
- 4) Un sesgo de información.

También se pueden presentar otras causas, por las cuales se recurriría a estudios de “menor nivel de evidencia”. Por ejemplo, en ausencia de ensayos controlados aleatorizados, los profesionales de la salud, deben valerse de la investigación disponible independientemente de su lugar jerárquico (DiLillo & McChargue, 2007).

A pesar de que la investigación cualitativa, es generalmente incapaz de establecer relaciones causales entre las variables, en ocasiones puede ser la única y por lo tanto la mejor fuente de evidencia (Bauer, 2007). En resumen, los niveles de evidencia y los grados de recomendación del OCEBM, son herramientas que permiten jerarquizar el conocimiento y localizar la mejor evidencia disponible.

7.1.2 Segundo Pilar: La experiencia clínica del profesional de salud para diagnosticar y tratar los problemas del paciente.

Este segundo Pilar ha causado mucha polémica, por que la experiencia clínica, a menudo se malinterpreta y se considera equivalente a la opinión incuestionable del profesional de salud (Spring, 2007). Sin embargo, existe una gran necesidad de comprender los límites del juicio clínico, porque los terapeutas pueden aportar sesgos a su trabajo, tales como la tendencia a hacer suposiciones basadas en la raza de los clientes, el sexo o clase social y también se debe conocer la tendencia común a dar un mayor peso, a las creencias y opiniones personales más que a la evidencia científica en la toma de decisiones de tratamiento (DiLillo & McChargue, 2007).

La definición real de experiencia clínica se refiere a las habilidades necesarias que tiene el profesional de salud para evaluar, diagnosticar y aplicar un tratamiento. También es importante el desarrollo de habilidades terapéuticas básicas como la expresión exacta de la empatía, la resolución efectiva de problemas, y desarrollar una fuerte alianza de trabajo (DiLillo & McChargue, 2007).

Sin embargo, también es importante adquirir habilidades terapéuticas específicas, por ejemplo, si un tratamiento con apoyo empírico está basada en la técnica de exposición, el uso de la reestructuración cognitiva, o incluye un componente de entrenamiento en habilidades sociales, los terapeutas deben convertirse en expertos en el uso de estas técnicas. (DiLillo & McChargue, 2007).

7.1.3 Tercer Pilar: Las preferencias, preocupaciones y expectativas del paciente

Este Pilar es el menos desarrollado en la PBE (Spring, 2007). Consiste en considerar el papel de las características individuales en el tratamiento de los pacientes. Estas características consisten no sólo en la diversidad étnica, sino también en todo tipo de valores y diferencias individuales existentes. Este componente ha sido interpretado como la participación del paciente en la planificación del tratamiento, que va más allá del consentimiento informado, pues incluye la participación de los clientes en las decisiones de tratamiento en curso. Este proceso consiste en informar a los pacientes sobre los beneficios del enfoque de la PBE, así como la eficacia relativa de cualquier tratamiento alternativo con apoyo empírico (DiLillo & McChargue, 2007).

La razón para compartir la toma de decisiones, es involucrar a los pacientes en el cuidado de su propio bienestar y salud. Para compartir la toma de decisiones hay dos condiciones previas necesarias: la primera condición es abandonar el modelo de atención paternalista en el que el profesional de salud toma las decisiones en nombre de su cliente y la segunda condición es adoptar un modelo de atención más compartida con el paciente (Spring, 2007).

Si un terapeuta ha seleccionado un tratamiento que él o ella cree que es apropiado para el problema de un cliente, sin embargo, el cliente tiene otras preferencias o sus valores están en conflicto con ese tratamiento, el terapeuta debe responder de una forma sensible a los valores y preferencias del paciente sin comprometer la eficacia del tratamiento (DiLillo & McChargue, 2007).

Por ejemplo, si las creencias religiosas de un cliente se oponen a una posible transfusión de sangre, es claro que el conocimiento sobre los beneficios y daños de las transfusiones de sangre no son de interés para ese paciente (Howick, et al., 2011). Por lo tanto, una vez que los profesionales de salud han detectado las preferencias y valores individuales de cada paciente, deben responder con eficacia a los mismos.

7.2 Los Cinco Pasos de la Práctica Basada en Evidencia

Una característica de la PBE es que pone un valor muy inferior a la autoridad. Pero este menor énfasis en la autoridad no implica un rechazo de lo que uno puede aprender de los compañeros y profesores cuyos años de experiencia han permitido entender mejor los métodos y las estrategias de diagnóstico que no se pueden obtener de la investigación científica formal (Glasziou, et al., 2003). A continuación describo los cinco pasos de la PBE:

7.2.1 Paso 1: Formular una pregunta

En primer lugar, hay que admitir que es imposible saberlo todo. Luego plantear una pregunta y estructurarla de modo que sea fácil encontrar su respuesta. Este paso es fundamental, no sólo para guiar la búsqueda, sino porque también determinará qué tipo de pruebas buscar y dónde se puede buscar la mejor evidencia. Por lo general las preguntas empiezan con palabras como quién, qué y dónde (Walker & London, 2007). El tipo más común de pregunta clínica, es acerca de cómo tratar una enfermedad o condición. En la PBE la mayoría de las preguntas se pueden dividir en cuatro:

- 1) La población o los participantes (P): ¿Quiénes son los pacientes pertinentes? (Glasziou, et al., 2003; Walker & London, 2007).
- 2) La intervención (I): ¿Cuál es la estrategia de intervención en que se está interesado (tal como una droga, cirugía, pruebas diagnósticas o tratamiento psicoterapéutico)? (Glasziou, et al., 2003; Walker & London, 2007).

- 3) El grupo de comparación o control (C): ¿Cuál es el control o la estrategia de gestión alternativa, prueba o la exposición con la que se está interesado? (Glasziou, et al., 2003; Walker & London, 2007).
- 4) El resultado (O): ¿Cuáles son las consecuencias o resultados esperados en el paciente? (Glasziou, et al., 2003; Walker & London, 2007).

Todas las preguntas clínicas o de investigación se pueden dividir en estos cuatro componentes, que se conocen como sistema 'P I C O' (Glasziou, et al., 2003; Spring, 2007). Es importante utilizar las cuatro partes de la pregunta si es posible. En la PBE los tratamientos y terapias son llamados "intervenciones", y las preguntas, la mayor parte de las veces, son cuestiones sobre la intervención. Sin embargo, otros tipos de cuestiones que pueden plantearse son las siguientes:

- 1) ¿Qué causa el problema?: etiología y factores de riesgo
- 2) ¿Cuál es la frecuencia del problema?: frecuencia
- 3) ¿Esta persona tiene el problema?: diagnóstico
- 4) ¿Como será el problema?: pronóstico

7.2.3 Paso 2: Localizar la mejor evidencia

La PBE se enfrenta a dos retos difíciles: 1) La literatura no es de fácil acceso, y 2) Los investigadores no entienden la gran necesidad de información de los clínicos y siguen presentando sus trabajos en una manera que no es de fácil acceso para los profesionales ocupados (Glasziou, et al., 2003).

Como un intento de zanjar estos retos, se recurre a la tecnología informática, la cual facilita encontrar y acceder a la literatura (Glasziou, et al., 2003). Por lo cual, según Bauer (2007), el desarrollo de conocimientos en informática y búsqueda en base de datos es fundamental en la PBE.

Sin embargo, la mayoría de los psicólogos y estudiantes de psicología utilizan muy poco de lo que está disponible (por ejemplo las Bases de Datos) y muchos desconocen completamente estos recursos (DiLillo & McChargue, 2007).

La evidencia se busca en dos principales bases de datos:

- 1) The Cochrane Library. Contiene toda la información recogida por la Cochrane Colaboración (Glasziou, et al, 2003). La Biblioteca Cochrane es el principal recurso, ya que su contenido consiste en revisiones sistemáticas sobre los efectos de las intervenciones sanitarias. Los resúmenes de las revisiones sistemáticas están a disposición del público de forma gratuita en su sitio Web, pero la obtención del texto completo requiere una suscripción (Walker & London, 2007).
- 2) PubMed (Biblioteca Nacional de Medicina de conexión gratuita en internet, la cual incluye la base de datos MEDLINE), (Glasziou, et al., 2003).

Por otra parte, PsycINFO es (igual que Medline) una base de datos bibliográfica, es decir, proporciona las referencias a la literatura y no el texto completo de los artículos (Walker y London, 2007). Sin embargo, es importante tener en cuenta que en algunas situaciones, Medline tiene una ventaja más que PsycINFO. Muchas instituciones que se suscriben a Medline también suelen suscribirse en bases de datos basadas en la evidencia como Cochrane. PsycINFO, sin embargo, actualmente no se relaciona con muchas bases de datos y publicaciones basadas en la evidencia. Como consecuencia, cuando se busca en PsycINFO es poco probable que se recuperen muchos artículos que estén basados en la evidencia como con otras bases de datos (Walker & London, 2007).

Para realizar la búsqueda se pueden utilizar los componentes de la "pregunta" planteada (del paso 1). También vale la pena utilizar en la búsqueda sinónimos para cada componente.

Como regla general se debe comenzar a buscar en la base de datos que dará la mejor evidencia posible. Por ejemplo, para una cuestión de intervención, es preferible utilizar primero la Biblioteca Cochrane.

7.2.4 Paso 3: Evaluación crítica de los ensayos

¿Cómo sabemos que los resultados son válidos y reales? Para evaluar críticamente, según Glasziou, et al., (2003), debemos tener en cuenta algunos factores importantes: 1) Si los grupos eran representativos y comparables, 2) Si las mediciones de los resultados fueron precisas, 3) Si existe un efecto placebo, 4) Si los resultados eran reales o podrían haberse debido al azar, etc. Sin embargo, como ya se mencionó más arriba, una forma de evaluar la calidad de las investigaciones es por medio de la jerarquía de los niveles de evidencia y grados de recomendación del OCEBM (2011).

7.2.5 Paso 4: Aplicar la evidencia

Cuando se ha encontrado la mejor evidencia, ya sea de una revisión sistemática Cochrane, un ensayo de alta calidad o por la evaluación crítica de los estudios individuales, el siguiente paso es averiguar cómo los resultados de la búsqueda se aplican al paciente con su propia situación clínica, creencias, valores y preferencias (Glasziou, et al., 2003).

7.2.6 Paso 5: Evaluar la efectividad y la eficiencia del proceso

Es importante llevar un registro de las preguntas clínicas (paso 1), resultados de las investigaciones (paso 2) y evaluaciones críticas de la evidencia (paso 3). Lo cual es importante para el seguimiento de pacientes, en los cuales se han aplicado los resultados de las búsquedas (paso 4) y para registrar y, en su caso publicar resultados. Llevar este registro ayudará a mejorar la práctica profesional y también nos permitirá compartir nuestros hallazgos con colegas (Glasziou, et al., 2003).

7.3 Consideraciones finales de la Práctica Basada en Evidencia

En conclusión, la práctica y enseñanza de la PBE requiere de habilidades específicas. Esto incluye: 1) definir el problema del paciente y la información que se requiere para resolverlo, 2) llevar a cabo una búsqueda eficaz de la literatura, 3) seleccionar los mejores estudios pertinentes, y 4) aplicar las reglas de la PBE para determinar la validez de los estudios. Una segunda habilidad que requieren los profesionales de salud es una sensibilidad a las necesidades emocionales de los pacientes. En resumen, la PBE implica habilidades de definición del problema, búsqueda de información, evaluación y aplicación de literatura original (Glasziou, et al., 2003).

8 RESULTADOS: APLICACIÓN DE LA PRÁCTICA BASADA EN EVIDENCIA, EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL DE FIN DE SEMANA

8.1 Evidencia de la Terapia Cognitivo-Conductual en el tratamiento de la depresión

Como se mencionó en metodología de la PBE, el “sistema pico” exige tener en cuenta una intervención, la cual será evaluada bajo criterios específicos. En el caso de este IPSS, determiné adecuado revisar la eficacia de la TCC para el abordaje de la depresión en contextos de SHPP.

Elegí la TCC, porque es una intervención cuya eficacia se ha probado en el tratamiento de pacientes deprimidos en diversos contextos. Así lo afirman numerosos ensayos controlados aleatorizados (Hynninen, Bjerke, Pallesen, Bakke & Nordhus, 2010; Laidlaw, Davidson, Toner, Jackson, Clark, Law, Howley, Bowie, Connery & Cross 2008; Serfaty, Haworth, Blanchard, Buszewicz, Murad & King, 2009; Smit, Kluiters, Conradi, van der Meer, Tiemens, Jenner, van Os & Ormel, 2006; Revicki, Siddique, Frank, Chung, Green, Krupnick, Prasad & Miranda, 2005).

Por otro lado, también existen revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados, que afirman la eficacia de la TCC en el tratamiento de la depresión en diversos contextos (Tolin, 2010; Beltman, Voshaar & Speckens, 2010; Wilson, Mottram & Vassilas, 2008; Lynch, Laws, McKenna & 2010; Almeida & Lotufo, 2003; Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace & Underwood, 2010).

Sin embargo, aunque estos ensayos controlados aleatorizados que se han citado son recomendables (nivel de evidencia "2" y grado de recomendación "B") y las revisiones sistemáticas son muy recomendables (nivel de evidencia "1" y grado de recomendación "A"), esta eficacia no se puede generalizar a los pacientes diagnosticados con depresión, que son usuarios del SHPFS, ya que los pacientes que ingresan en un SHPP tienen características muy específicas. Por lo cual, realizar una búsqueda específica está justificado de acuerdo al modelo de la PBE.

8.2 Descripción de los pacientes diagnosticados con depresión del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

En el SHPFS, habían 56 pacientes en tratamiento psicoterapéutico, en la "clínica de trastornos afectivos". De estos 56 pacientes, 24 estaban diagnosticados con algún tipo de depresión:

- 1) 12 pacientes diagnosticados con episodios depresivos
- 2) 7 con trastornos depresivos
- 3) 4 con distimia
- 4) Uno con trastorno bipolar

Estos pacientes tenían sesiones semanales de psicoterapia grupal psicodinámica. Estaban distribuidos en seis grupos heterogéneos y más del 62% de ellos, llevaban más de cinco meses en tratamiento como lo muestra la siguiente tabla:

| | |
|---|----------|
| Total de pacientes diagnosticados con depresión | 24 |
| En tratamiento de 1 a 4 meses | 9 |
| En tratamiento de 5 a 8 meses | 9 |
| En tratamiento de 9 a 12 meses | 3 |
| En tratamiento de 13 a 16 meses | 1 |
| En tratamiento de 17 a 20 meses | 1 |
| En tratamiento más de 24 meses | 1 |

8.3 El sistema "PICO" aplicado a los pacientes diagnosticados con depresión del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

En primer lugar, utilicé el sistema "PICO" para plantear la pregunta de investigación (Paso 1 de la PBE):

- 1) P: ¿Quiénes son los pacientes?: Las personas diagnosticadas con depresión del SHPFS, del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
- 2) I: ¿Cuál es la estrategia de intervención en que se está interesado?: ¿Hay evidencia de que la TCC sea eficaz para el abordaje de pacientes diagnosticados con depresión, usuarios de SHPP?
- 3) C: ¿Cuál es el control o la estrategia de gestión alternativa, prueba o la exposición con la que se está interesado?: ¿Será la TCC más eficaz que otros tipos de intervenciones, por ejemplo la Terapia Psicodinámica?
- 4) O: ¿Cuáles son las consecuencias o resultados esperados en los pacientes?: reducir los síntomas depresivos.

Por lo tanto mi pregunta de investigación es: ¿Será la TCC el tratamiento más eficaz para abordar a pacientes diagnosticados con depresión que son usuarios de SHPP, para reducir los síntomas depresivos?

8.4 El paso 2 de la Práctica Basada en Evidencia, aplicado a los pacientes diagnosticados con depresión del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin Semana

Posteriormente, basándome en la pregunta de investigación, realicé una revisión documental (localizar la mejor evidencia), sobre la eficacia de la TCC para el abordaje de pacientes diagnosticados con depresión que son usuarios de SHPP.

La búsqueda se limitó a pacientes mayores de edad de ambos sexos, por que el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" da atención a esta población. También procuré que los artículos no rebasaran los cinco años desde su publicación. Sin embargo, debido a los pocos estudios que cumplían todos los criterios de búsqueda, consideré artículos desde el año 2000, lo cual me permitió rescatar un artículo más.

La búsqueda se efectuó haciendo el siguiente cruce de palabras: "partial hospital", "day hospital", "depression", "cognitive behavioral therapy" "CBT" "effectiveness". Se buscó en las siguientes bases de datos: Pubmed- Medline, PsycINFO y Cochrane. Se encontraron 50 artículos, pero únicamente 4 estaban relacionados con todos los criterios de búsqueda.

A continuación describo cada uno de los cuatro estudios que cumplieron todos los criterios:

- 1) En el primer estudio, se reporta un programa que utiliza la TCC como intervención. El programa tuvo una duración de 2 a 4 semanas (Drymalski & Washburn, 2011). Un objetivo del estudio era identificar la proporción de personas que experimentan "Ganancia Súbita" en SHPP. Los autores definen "Ganancia Súbita" como "una reducción en las puntuaciones de depresión entre una evaluación y la siguiente" (Jacobson & Truax, 1991, citado en Drymalski & Washburn, 2011).

La muestra incluyó a 664 adultos, ingresados consecutivamente a un programa de SHPP para el tratamiento de la depresión. Los autores encontraron como resultado que más del 40% de su muestra experimentó “Ganancia Súbita” y la mayoría de este 40% la experimentó por la segunda semana de tratamiento. La “Ganancia Súbita” se experimentó con una mejoría significativa y calidad de vida.

El tratamiento se basó en un modelo cognitivo-conductual, con un énfasis en los procesos cognitivos (por ejemplo, el pensamiento disfuncional), desarrollo de habilidades (por ejemplo, habilidades de afrontamiento), y la activación del comportamiento.

Los pacientes fueron evaluados en su admisión. Pero de los 664 pacientes, solo 470 se les administró una evaluación al egreso. Los autores concluyeron que la proporción de “Ganancia Súbita” entre las personas que son usuarios de SHPP, es similar a las proporciones que se encuentran en la psicoterapia ambulatoria tradicional, lo que sugiere que un subconjunto de personas que reciben psicoterapia, puede estar predispuesto a la “Ganancia Súbita”.

Los autores afirman, que sus hallazgos sugieren que la “Ganancia Súbita” se asocia con la dosis o la cantidad de tratamiento recibido, y no con la duración del tratamiento (Drymalski & Washburn, 2011). Comprender el fenómeno de la Ganancia Súbita en SHPP es importante dada la demanda de tratamientos breves y eficaces para depresión (Fleming, Gravamen, Ma & McGuire, 2003, citado en Drymalski & Washburn, 2011).

- 2) El segundo estudio es naturalista (es decir, no hubo criterios de exclusión). Los autores (Christopher, Neary, Jacob, Neuhaus & Fiola, 2009) tenían el objetivo de analizar la relación entre los cambios cognitivos y conductuales asociados con la TCC y la respuesta al tratamiento en un Hospital Parcial Intensivo.

Los participantes del estudio fueron 105 pacientes con trastornos del estado de ánimo (Se reportaron diagnósticos como trastorno depresivo, trastorno bipolar y trastorno distímico).

El modelo de tratamiento se vale de intervenciones Cognitivo-Conductuales basadas en la evidencia, adaptadas al contexto de Hospitalización Parcial con énfasis en la formación psicoeducativa y el desarrollo de habilidades.

Los participantes completaron medidas de auto-informe en su ingreso y egreso, con el objetivo de identificar trastornos psicológicos, depresión y pensamientos negativos automáticos. La duración media del tratamiento fue de 9 días (dos semanas de lunes a viernes).

El objetivo general del tratamiento fue la enseñanza de habilidades, por ejemplo conductas de afrontamiento y estrategias efectivas de comunicación. El programa estaba diseñado como un modelo de dos etapas correspondientes a 2 semanas de tratamiento, con intervenciones y objetivos específicos en cada etapa. En la primera etapa, el objetivo era que el paciente aprendiera a identificar los factores desencadenantes y las señales de su trastorno, para utilizar la reestructuración cognitiva, la activación del comportamiento, y para desarrollar la comunicación interpersonal a través de la participación del grupo, con énfasis en permanecer relacionado con otras personas durante períodos de angustia. En la segunda fase del tratamiento, el objetivo era que los pacientes desarrollaran un plan de prevención de recaídas, un plan de crisis.

Los autores reportaron, que los pacientes disminuyeron los pensamientos negativos automáticos y los síntomas depresivos. Sus conclusiones fueron: "Estos resultados sugieren que una intervención de TCC, adaptada para su uso en un entorno de Hospitalización Parcial puede ser un tratamiento eficaz para los trastornos del estado de ánimo.

Por otra parte, aunque el diseño utilizado en este estudio se opone a inferencias causales, la mejora de los síntomas depresivos parece estar asociada con una disminución de los pensamientos negativos automáticos y un aumento de la activación del comportamiento” (Christopher, et al., 2009).

- 3) El tercer estudio que se encontró fue el de Neuhaus, Christopher, Jacob, Guillaumot & Burns (2007). Es un estudio naturalista. Participaron 57 pacientes con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y/o de personalidad (se reportan diagnósticos como trastorno depresivo, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad y trastorno de la personalidad). Se utilizó un modelo de tratamiento que se adaptaba a las intervenciones basadas en la evidencia de la TCC. Los participantes completaron medidas de auto-informe, al ingreso y después de la semana 1 y 2, para evaluar la estabilización y la mejora funcional, con mayor atención en la adquisición de habilidades cognitivas y habilidades de comportamiento.

El tratamiento comprendía dos etapas que corresponden al plazo de 2 semanas, con intervenciones y objetivos específicos para cada etapa. En la etapa 1, los pacientes identifican prioridades para que puedan coincidir con los objetivos de tratamiento: iniciar la reducción de los síntomas (estabilización) y empezar a aprender y adquirir conocimientos básicos y pautas de comportamiento para reducir los pensamientos desadaptativos. En la etapa 2, los pacientes continuaban la estabilización, y la práctica de habilidades para mejorar el funcionamiento y desarrollo de planes de prevención de una recaída. En esta etapa se prepara al paciente para el egreso.

Los participantes informaron una disminución en los patrones de pensamiento negativo, una mayor satisfacción con la vida, la adquisición y el uso de las habilidades cognitivas y de comportamiento.

Por lo anterior, los autores concluyeron que un programa de SHPP de 2 semanas con enfoque cognitivo conductual, puede ser eficaz para reducir los síntomas de una población heterogénea de pacientes con trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y / o trastornos de la personalidad (Neuhaus, et al., 2007).

- 4) El cuarto estudio es naturalista. Los autores (Reisch, Thommen, Tschacher & Hirsbrunner, 2001) describieron un tratamiento de Hospitalización Parcial cognitivo-conductual para un grupo heterogéneo de pacientes (Se reportaron los siguientes diagnósticos: episodio depresivo, trastorno de adaptación, trastorno de la alimentación, y trastorno de la personalidad).

Se administraron evaluaciones en el momento del ingreso, el egreso, y seis meses después del egreso. Los pacientes mostraron una mejoría significativa en las puntuaciones de todos los instrumentos al momento del alta. Las mejoras fueron estables después de seis meses para todos los diagnósticos.

La duración del tratamiento fue de 12 a 20 semanas, dividido en tres fases: la fase de diagnóstico, que duró tres semanas, la fase de tratamiento que fue de seis a 14 semanas, y la fase de rehabilitación, que ocupó las tres últimas semanas del tratamiento. Las conclusiones de los autores fueron: "en conjunto, nuestros datos sugieren que el programa de tratamiento de Hospitalización Parcial es eficaz para un grupo de pacientes con una variedad de los diagnósticos y que este resultado perdura más allá del alta. Los cambios en las puntuaciones de las evaluaciones indican una mejoría clínicamente significativa (Reisch, et al., 2001).

8.5 El paso 3 de la Práctica Basada en Evidencia, aplicado a los pacientes diagnosticados con depresión del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

Una vez que encontré estos artículos procedí a evaluar la calidad de ellos (paso 3 de la PBE). Como se puede apreciar, el primer estudio (Drymalski & Washburn, 2011) es correlacional dado su objetivo: "identificar la proporción de personas que experimentan Ganancia Súbita en un SHPP, que se producen durante el tratamiento y su asociación con los resultados al final de este". El segundo estudio también es correlacional debido a su objetivo: "Analizar la relación entre los cambios cognitivos y conductuales asociados con la TCC y la respuesta al tratamiento en un SHPP" (Christopher, et al., 2009). Por otra parte, los dos últimos estudios (Neuhaus, et al., 2007; Reisch, et al., 2001) no son estudios correlacionales, ni estudios de cohorte, pero tampoco cuentan con grupo de control por lo que no se les puede asignar un nivel de evidencia "2" de acuerdo a los niveles de evidencia del OCEBM.

Por lo anterior, de acuerdo al OCEBM (2011), los niveles de evidencia y grados de recomendación de los estudios encontrados son los siguientes:

| | Nivel de Evidencia | Grado de recomendación |
|----------------------------|--------------------|--|
| Drymalski & Washburn, 2011 | 3 | C: Ni recomendable ni desaconsejable, al menos moderada evidencia. |
| Christopher, et al., 2009 | 3 | C: Ni recomendable ni desaconsejable, al menos moderada evidencia. |
| Neuhaus, et al., 2007. | 3 | C: Ni recomendable ni desaconsejable, al menos moderada evidencia. |
| Reisch, et al., 2001 | 3 | C: Ni recomendable ni desaconsejable, al menos moderada evidencia. |

Existen cuatro características que comparten los cuatro estudios:

- 1) Utilizan la TCC como intervención
- 2) Reportan que el tratamiento puede ser eficaz o reportan mejoría en los pacientes
- 3) Los estudios tienen un nivel de evidencia "3" y grado de recomendación "C" de acuerdo al OCEBM (2011)
- 4) El tratamiento es Breve

Sin embargo, el nivel de evidencia "3" y el grado de recomendación "C", no permite de acuerdo a la PBE, hacer afirmaciones concluyentes para responder la pregunta de investigación, y aunque en algunas ocasiones, en ausencia de ensayos controlados aleatorizados, los profesionales de salud deben valerse de la investigación disponible, independientemente de su lugar jerárquico (DiLillo & McChargue, 2007), en este caso no es posible valerse de estas cuatro investigaciones para hacer afirmaciones concluyentes, por las siguientes razones:

- 1) El grado de recomendación "C", se refiere a una evidencia moderada.
- 2) Existen estudios que también tienen un nivel de evidencia "3" y grado de recomendación "C", que afirman que la Terapia Psicodinámica a Corto Plazo, puede ser eficaz para el tratamiento de pacientes diagnosticados con diversos trastornos del estado de ánimo en contextos de SHPP (Canuto, Meiler-Mititelu, Herrmann, Delaloye, Giannakopoulos & Weber, 2008).
- 3) Por lo tanto, tenemos dos grupos de investigaciones. Un primer grupo, donde se afirma que la TCC puede ser eficaz (Drymalski & Washburn, 2011; Christopher, et al., 2009; Neuhaus, et al., 2007; Reisch, et al., 2001), y un segundo grupo de investigaciones, donde se afirma que la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo puede ser eficaz (Canuto, et al., 2008). Ambos grupos abarcan pacientes diagnosticados con depresión en SHPP, y todas estas investigaciones tienen nivel de evidencia "3" y grado de recomendación "C".

Por lo anterior, la pregunta de investigación permanece abierta: ¿Será la TCC el tratamiento más eficaz para el abordaje de pacientes diagnosticados con depresión que son usuarios de SHPP, para reducir los síntomas depresivos?

Entonces, es más acertado desde la PBE, concluir que hace falta más investigación al respecto, principalmente ensayos controlados aleatorizados que comparen la eficacia de la TCC y la Terapia Psicodinámica a Corto Plazo para el abordaje de la depresión en contextos de SHPP. La realización de ensayos controlados es importante por la siguiente razón:

- a) En la búsqueda documental no se encontraron ensayos controlados aleatorizados, ni revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados que apoyaran la eficacia de la TCC para el abordaje de la depresión en contextos de SHPP, pero tampoco se encontraron este tipo de investigaciones que apoyaran la eficacia de otros enfoques psicoterapéuticos. Lo cual resalta la ausencia de investigación controlada en contextos específicos de SHPP.

Puesto que la TCC y la Terapia Psicodinámica a Corto Plazo, cuentan con nivel de evidencia "3" y grado de recomendación "C" en contextos de SHPP para el tratamiento de la depresión, surge una pregunta: ¿Por qué preocuparnos por cambiar el modelo psicoterapéutico para atender a los pacientes diagnosticados con depresión, del SHPFS del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"? ¿No será más fácil concluir que ambos métodos son igualmente eficaces, y que cada terapeuta puede utilizar el enfoque de su preferencia? La respuesta a estas cuestiones es: sí es más fácil, pero la afirmación: "la TCC y la Terapia Psicodinámica a Corto Plazo son tratamientos igualmente eficaces" no es concluyente. Por el contrario, la eficacia de las técnicas psicoanalíticas/psicodinámicas, en general, es muy cuestionable como se verá en el siguiente tema.

8.6 La Práctica Basada en Evidencia y la Terapia Psicodinámica

Hablar sobre la evidencia de la eficacia de la Terapia Psicodinámica en general, no es por ociosidad. En realidad, quiero fundamentar que es preciso realizar investigación controlada, que responda la importante cuestión sobre que intervención es más eficaz para el tratamiento de los pacientes diagnosticados con depresión del SHPFS. Abordar el tema sobre la eficacia de la Terapia Psicodinámica, puede ser fundamental para que el personal del SHPFS comprenda que sus métodos de intervención deben ser evaluados.

Comenzaré por decir que la evidencia empírica de la TCC está bien establecida, pero los datos que apoyan la eficacia de las técnicas psicoanalíticas/psicodinámicas no están bien documentados (Hermann, et al., 2010). A continuación citaré ejemplos que confirman esta afirmación de Hermann, et al., (2010).

8.6.1 El meta-análisis de Abbass, Hancock, Henderson & Kisely (2006)

En esta revisión meta-analítica, se evaluó la eficacia de la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo en relación con un tratamiento mínimo y con controles sin tratamiento para adultos con trastornos mentales comunes (por ejemplo depresión). Los autores concluyeron que “la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo parece ser prometedora, con resultados de modestos a moderados”. Sin embargo, dada la escasez de datos y la heterogeneidad entre los estudios, los autores recomendaron que “los resultados se interpreten con cautela” (Abbass, et al., 2006). Nótese que comparado con el placebo y con tratamientos mínimos, la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo tuvo resultados moderados y los resultados deben interpretarse con cautela. Sin embargo, a pesar de estos resultados, muchos autores psicodinámicos afirman que la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo debe verse como un tratamiento de primera elección para el tratamiento de la depresión (Abbass & Driessen, 2010).

Los autores Abbas & Driessen (2010) citaron el meta-análisis de Driessen, Cuijpers, De Maat, Abbass, De Jonghe & Dekker (2010) como prueba de que la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo es una intervención basada en la evidencia para el tratamiento de la depresión.

Sin embargo, en este meta-análisis (citado por Abbas & Driessen, 2010) se encontraron errores. Los cuales han sido identificados por la Base de Datos Cochrane. A continuación los mencionaré.

8.6.2 El meta-análisis de Driessen, Cuijper, De Maat, Abbass, Jonghe & Dekker (2010)

En el meta-análisis de Driessen, et al., (2010), los autores concluyeron que la psicoterapia psicodinámica a corto plazo fue eficaz en el tratamiento de la depresión en adultos. Pero cuando Cochrane evalúa la calidad del meta-análisis, se añade el siguiente comentario en la Base de Datos: “no se explica que otras psicoterapias resultaron ser superior a la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo. Teniendo en cuenta que las conclusiones de los autores no reflejan toda la evidencia, junto con varios defectos metodológicos, se recomienda precaución en la interpretación de las presentes conclusiones”. Este ejemplo es sobresaliente, por que según el comentario de Cochrane, los autores no reflejaron toda la evidencia. Lo cual manifiesta la necesidad de realizar investigación protegida contra parcialidad.

8.6.3 El meta-análisis de Leichsenring & Rabung

El meta-análisis de Leichsenring & Rabung (2008), es otro ejemplo que apoya la aseveración de Hermann, et al., (2010): “los datos que apoyan la eficacia de las técnicas psicoanalíticas/psicodinámicas no están bien documentados”. En su meta-análisis, Leichsenring & Rabung (2008) concluyeron que existe evidencia de que la Psicoterapia Psicodinámica a largo Plazo es un tratamiento más eficaz que los tratamientos a corto plazo, para los trastornos mentales complejos (incluyendo depresión).

Sin embargo, cuando este artículo se revisa en la Base de Datos Cochrane, se aprecia el siguiente comentario introductorio: “Los autores concluyeron que la psicoterapia psicodinámica a largo plazo es un tratamiento efectivo para pacientes con trastornos mentales complejos. La evidencia parece apoyar las conclusiones de los autores, pero los datos de los resultados que provienen de diversos estudios clínicos muy variables significa que las conclusiones pueden no ser confiables”. Este comentario de Cochrane fue retomado en el año 2010 por varios autores que detectaron errores en el meta-análisis de Leichsenring & Rabung (2008).

Por ejemplo Bhar, Thombs, Pignotti, Bassel, Jewett, Coyne, & Beck (2010), se percataron que las conclusiones de Leichsenring & Rabung (2008) dependían de una serie de pequeños estudios de poca potencia que eran altamente heterogéneos en términos de los pacientes tratados, de las intervenciones, los grupos de control de comparación, y los resultados. Se descubrió que la Terapia Psicodinámica se comparó con 12 tipos de controles que incluían grupos control, que no implicaban ninguna psicoterapia y que implicaban la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo. Además, los estudios no estaban protegidos contra las amenazas de parcialidad. Por lo cual, dicho meta-análisis fue examinado nuevamente y “no se encontraron pruebas para apoyar las reivindicaciones de la superioridad de la Psicoterapia Psicodinámica a largo Plazo sobre los métodos de Psicoterapias Breves” (Bhar, et al., 2010).

8.6.4 Qué dice la evidencia actual sobre la eficacia de la Terapia Psicodinámica

Los errores que habían en el meta-análisis que Abbas & Driessen (2010) citaron como evidencia, me hicieron dudar sobre su aseveración de que la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo debe ser un tratamiento de primera elección para pacientes con depresión. Por lo cual, la afirmación de que la eficacia de las Terapias Psicodinámicas no está bien fundamentada parece más realista (Hermann, et al., 2010).

Aunado a todo lo anterior, se suman los datos de investigaciones más recientes. Por ejemplo en Abril del año 2011, Jakobsen, Hansen, Simonsen & Gluud, reportaron un meta-análisis donde evaluaban la eficacia de la Terapia Psicodinámica comparada con la Terapia Interpersonal y el "tratamiento regular" (condición que incluía algún tipo de apoyo no especificado) para el tratamiento de la depresión mayor.

Los resultados definitivos se mostraron el mes de Junio del año 2011 y se expresaron del siguiente modo: "no hay pruebas firmes de un efecto beneficioso de la terapia psicodinámica en comparación con el tratamiento regular".

8.7 La Práctica Basada en Evidencia y la atención psicoterapéutica del Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

En resumen, la Terapia Psicodinámica ha mostrado resultados moderados con respecto al placebo (Abbass, et al., 2006). Pero ha tenido muchas dificultades para mostrar más eficacia con respecto a otros tratamientos, como la TCC y la Terapia Interpersonal.

Por lo cual, es oportuna una pregunta: Si la Psicoterapia Psicodinámica tiene problemas para mostrar su eficacia en comparación con otros tratamientos, ¿No es oportuno dudar sobre la eficacia del enfoque psicoterapéutico con el que se está abordando la depresión en el SHPFS? Dudar con el propósito de implementar métodos de investigación, que nos permitan saber que intervención psicoterapéutica es realmente más eficaz, para el tratamiento de la depresión en el SHPFS del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

Por lo anterior, finalizaré este IPSS haciendo una recomendación al SHPFS del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

9 RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Mi sugerencia la basaré en el método de la PBE. Recomiendo al SHPFS del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", que permita la investigación en sus instalaciones por medio de ensayos controlados aleatorizados, que comparen la eficacia de la TCC y la Terapia Psicodinámica a Corto Plazo para el tratamiento de pacientes diagnosticados con depresión. Esta sugerencia no está fuera del alcance de la PBE, ya que la PBE también implica la creación del conocimiento por medio de la investigación (DiLillo & McChargue, 2007).

A continuación describiré algunas características de este Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado (ECCA) que propongo al SHPFS.

9.1 Definición de Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado

"Un ensayo clínico es un experimento controlado en voluntarios humanos que se utiliza para evaluar la seguridad y eficacia de tratamientos o intervenciones contra enfermedades y problemas de salud de cualquier tipo" (Lazcano, Salazar, Gutiérrez, Angeles, Hernández y Viramontes, 2004)

Los ensayos clínicos se plantean en forma muy diversa. Por ejemplo, cuando se estudian por la estructura del tratamiento, pueden ser agrupados en: de diseños paralelos, de tratamiento sucesivo y ensayos alternativos (Lazcano, et al., 2004). En el caso de mi recomendación al SHPFS, consiste en un ECCA con diseño paralelo. En este tipo de ECCA, los sujetos de estudio siguen el tratamiento al que han sido asignados al azar durante el tiempo que dure el ensayo, además la evaluación de dos o más intervenciones en el mismo puede ser implementada (por ejemplo, la Terapia Psicodinámica a Corto Plazo y la TCC).

9.2 El objetivo del Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

El ECCA que propongo mencionará como justificación, que la TCC cuenta con apoyo empírico para el abordaje de la depresión, pero que no existen ensayos controlados sobre su eficacia en contextos específicos de SHPP. También se mencionará, que la presente investigación es de suma importancia dada la prevalencia de tratamientos terapéuticos con evidencia cuestionable en las unidades de SHPP. Por lo tanto, el objetivo del ECCA será comparar la eficacia de la TCC y la Terapia Psicodinámica a Corto Plazo en personas mayores de edad diagnosticadas con depresión que reciben tratamiento en unidades de SHPP.

Algunas características básicas de Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado son:

- a) Aleatorización: Es la asignación de la maniobra de intervención mediante mecanismos de aleatorización en sujetos con características homogéneas que permiten garantizar la comparabilidad de poblaciones. "La aleatorización se refiere a la asignación a través del azar de las unidades de investigación a uno de dos, o más tratamientos, con la finalidad de comparar los tratamientos sobre las variables de desenlace de interés" (Lazcano, et al., 2004).

El propósito de la aleatorización es garantizar que "la posible inferencia causal observada al final del estudio no se deba a otros factores". Por lo tanto, por medio de la aleatorización se procurará prevenir la existencia de diferencias entre los grupos que no sean derivadas de los tratamientos que se estén comparando (Lazcano, et al., 2004). Cuando los grupos ya estén formados, se producirá un equilibrio de las posibles variables que pudieran modificar el efecto del tratamiento sobre la variable de desenlace, y entonces las diferencias que se encuentran se deben considerar estrictamente como debidas a la maniobra bajo estudio.

En el ECCA que propongo al SHPFS, la aleatorización se puede realizar por medio de computadora. Pero la persona que trabaje en el equipo de cómputo para producir la lista, por medio de aleatorización, debe ser totalmente ajena al estudio.

- b) Grupo de Control: La utilización de un grupo control permite la comparación no sesgada de efectos de dos posibles tratamientos, el nuevo, el habitual o placebo. En un ECCA se comparan, al menos dos modalidades de tratamiento, uno de los cuales es denominado como control. Existen dos tipos de controles, los pasivos (negativos) y los activos (positivos). Un control negativo utiliza placebo en un ensayo de agentes terapéuticos (Lazcano, et al., 2004).

Sin embargo, en algunos casos en los que se desee demostrar que un tratamiento es equivalente o superior al tratamiento estándar existente, y para proteger a pacientes que necesitan tratamiento por prescripción médica, deberá ser empleado un control activo. De acuerdo a esta descripción de los grupos control, recomiendo al SHPFS, que realice un ensayo controlado donde el control sea activo. Es decir, el grupo control cuente con Terapia Psicodinámica a Corto Plazo. De esta forma se podrá comparar la intervención estándar del SHPFS con la TCC.

- c) El cegamiento de los grupos de tratamiento: permite minimizar los posibles sesgos de información y posibilita la comparabilidad de información. "El cegamiento es una condición impuesta sobre un procedimiento específico para intentar guardar el conocimiento del tratamiento asignado, el curso del tratamiento u observaciones previas". Los procedimientos usualmente cegados son la intervención asignada o evaluación del estatus de los sujetos de estudio (Lazcano, et al., 2004).

9.3 Aclaraciones sobre el cegamiento en el Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

En el caso del ECCA que propongo al SHPFS, es evidente que los terapeutas sabrán y conocerán el tratamiento asignado y el curso del tratamiento, por lo cual el cegamiento será una condición difícil de lograr. Sin embargo, se puede lograr el cegamiento si se excluye a los terapeutas del equipo de profesionales que evaluará los resultados del ECCA al final del tratamiento. Para lograr este cegamiento se pueden formar tres "equipos de profesionales":

- a) Equipo 1: Los terapeutas. Se asignarán cuatro terapeutas por cada grupo, que sean experimentados en el enfoque correspondiente. Dos terapeutas conducirán la terapia y los otros dos terapeutas estarán supervisando y darán retroalimentación en momentos específicos. Su labor se limitará a la psicoterapia, será importante que los terapeutas no conozcan, ni intercambien información con los siguientes "equipos de profesionales".

- b) Equipo 2: Psiquiatras y Psicólogos que sean ajenos al SHPFS y que tengan las siguientes funciones:
 1. Evaluar periódicamente a los pacientes que participen en el ECCA.
 2. Resguardar los expedientes y evaluaciones de estos pacientes.
 3. Dar la consulta médica habitual del SHPFS a los participantes.
 4. Después de que concluya el ECCA, harán la evaluación de seguimiento a cada paciente, a los 3 y 6 meses.
 5. Toda la información que el equipo 2 tenga de los pacientes, no la compartirán con los terapeutas. En caso de ser necesario solo darán información suficiente por medio de intermediarios que sean ajenos al estudio. Este "equipo de profesionales" no debe saber en que grupo se encuentra cada paciente (ya sea grupo experimental o de control), y tampoco conocerá a los profesionales que conforman el siguiente "equipo".

- c) Equipo 3: Psiquiatras y Psicólogos ajenos al SHPFS, que evaluarán los resultados del ECCA al final de este. Su labor comenzará después de que concluya el ECCA y la evaluación de seguimiento. No conocerán la información antes.

9.4 Descripción del Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

En el ECCA, es importante la identificación de la población elegible. Por tal causa, el método del ECCA que propongo implicará que el SHPFS, reclute pacientes con un diagnóstico principal de depresión y que cumplan los criterios de ingreso de los SHPP. Para realizar el reclutamiento se puede recurrir a varias fuentes en cooperación con el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Por ejemplo, los pacientes que cumplan las características requeridas, se pueden canalizar desde los servicios ambulatorios, los servicios psiquiátricos de emergencia del hospital y el Servicio de Hospital de Día (el Servicio que opera entre semana). También los pacientes que solicitan el SHPFS pueden ser reclutados si cumplen los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión pueden ser los siguientes:

- a. Pacientes mexicanos de 18 a 50 años de edad.
- b. Pacientes que tengan un diagnóstico principal de depresión, ya sea episodio depresivo, trastorno depresivo o distimia.
- c. El diagnóstico de depresión será de moderado a severo.

Los criterios de exclusión pueden ser los siguientes:

- a. Se excluirá a los pacientes que tengan depresión con características psicóticas.
- b. Se excluirán los casos de trastorno bipolar.
- c. Se excluirán los casos, donde el paciente, se haya medicado para tratar la depresión en el último mes.
- d. Se excluirá a los pacientes que reporten haber tenido algún tipo de psicoterapia en el transcurso del último año.

- e. Se excluirán a los pacientes que tengan una enfermedad física grave que pudiera interferir con la evaluación o el tratamiento.
- f. También se excluirá a los pacientes que actualmente tengan dependencia a drogas, alcohol (de intensidad moderada a mayor) o que tengan un trastorno grave de la personalidad.
- g. Se investigará y se excluirá a los pacientes que afirmen en la valoración tener algún prejuicio sobre la TCC, el Psicoanálisis o la Terapia Psicodinámica.

9.4.1 Selección de los pacientes que participarán en el Ensayo

Clínico Controlado Aleatorizado

Para distinguir los pacientes que serán incluidos en el ECCA, será importante asignar a una persona (puede ser un psicólogo o un psiquiatra), que confirme que los candidatos cumplen los criterios de inclusión y no los de exclusión. Los pacientes que cubran los requisitos serán citados por el equipo interdisciplinario del SHPFS, y se les solicitará su consentimiento para participar en la investigación.

El consentimiento informado, “consiste en la decisión de participar en una investigación hecha por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido adecuadamente y, después de considerar la información, ha llegado a una decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación ni a influencias o incentivos indebidos” (Lazcano, et al., 2004).

9.4.2 La intervención

Los dos grupos funcionarán en las instalaciones del SHPFS, y disfrutarán del tratamiento farmacológico y talleres tradicionales de los SHPP. La diferencia radicará en el enfoque psicoterapéutico.

En ambos grupos las sesiones tendrán lugar un día cada fin de semana y las sesiones tendrán una duración de noventa minutos.

El grupo en Psicoterapia Grupal Psicodinámica a Corto Plazo, se conducirá con el enfoque psicodinámico habitual del SHPFS, tal como se ha detallado más arriba en: "Descripción de actividades realizadas".

Como es de esperar, el tratamiento de este grupo tendrá más sesiones que el grupo en TCC. Sin embargo, el grupo en Psicoterapia Psicodinámica se cerrará a más tardar en nueve meses.

Por otro lado, el grupo en Terapia Cognitivo-Conductual se basará en los manuales correspondientes. Por ejemplo, se puede utilizar la guía propuesta por Muñoz, Aguilar-Gaxiola, Guzmán, Rosselló, & Bernal (2007).

El grupo en TCC, disfrutará de 12 sesiones de terapia, y de acuerdo a Muñoz, et al., (2007) estas 12 sesiones se dividirán en 3 módulos, los cuales se describen de forma breve en el apéndice A.

Los dos Grupos, iniciarán su tratamiento al mismo tiempo, por lo cual, cuando termine el tratamiento del grupo en TCC, los datos y las evaluaciones de los pacientes de este grupo serán recopiladas y resguardadas por una persona totalmente ajena al estudio hasta que el "Equipo de profesionales 3" requiera los resultados para la evaluación final del ECCA.

Después que cada grupo concluya el tratamiento correspondiente, se dará seguimiento a cada paciente a los tres y seis meses. Además el ECCA puede ser ejecutado más de una vez, no solo para comparar la eficacia la Psicoterapia Psicodinámica a Corto Plazo con la eficacia de la TCC. También se podría comparar la TCC con la Terapia Interpersonal, por ejemplo.

En el Apéndice B, se resumen las etapas del ECCA que recomiendo al SHPFS.

9.5 Consideraciones finales del Ensayo Clínico Controlado Aleatorizado en el Servicio de Hospitalización Parcial de Fin de Semana

Cuando haya finalizado la investigación, si el ensayo o los ensayos resultan de una adecuada calidad, se habrá obtenido investigación con un nivel de evidencia "2" y grado de recomendación "B". Ante lo cual el personal del SHPFS debe asumir el reto de amoldar su práctica a la evidencia disponible.

Según el paradigma de la Práctica Basada en Evidencia, cambiar un método de dudosa eficacia por uno de eficacia probada es necesario. Por tal motivo, Pascual, Frías y Monterede (2004) afirmaron: "Del mismo modo que cuando tomamos un medicamento, confiamos en que su eficacia ha sido sometida a prueba científica, también los tratamientos psicológicos deben pasar unas pruebas y controles científicos que determinen si es más eficaz que no hacer nada o que utilizar otro tipo de terapia. Evidentemente no deberíamos tomar un fármaco de eficacia no demostrada y tampoco deberíamos someternos a un tratamiento psicológico que no se sabe si funciona" (Pascual, et al., 2004).

Hacer este cambio, posiblemente resulte difícil cuando los terapeutas ya están acostumbrados o se sienten comprometidos con un enfoque psicoterapéutico, pero el propósito de la PBE es "modificar el modo de trabajar de los profesionales", de forma que tomen en consideración en sus decisiones cotidianas las mejores evidencias o pruebas científicas acerca de un determinado problema (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Actualmente, existe mucha diversidad de aproximaciones terapéuticas y la evidencia acumulada indica, que la mayoría de las teorías no tienen pruebas científicas de sus efectos (Beutler, 2000 citado en Pascual, et al., 2004). Por lo cual, solo cabe una postura, elegir aquel tratamiento psicológico que está respaldado por pruebas científicas con apoyo empírico, y, ante igualdad de condiciones, seleccionar el tratamiento más breve (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000, citado en Pascual, et al., 2004).

APÉNDICE A.

La Terapia Cognitivo-Conductual para el abordaje de la depresión en tres módulos (Muñoz, Aguilar-Gaxiola, Guzmán, Rosselló, & Bernal, 2007)

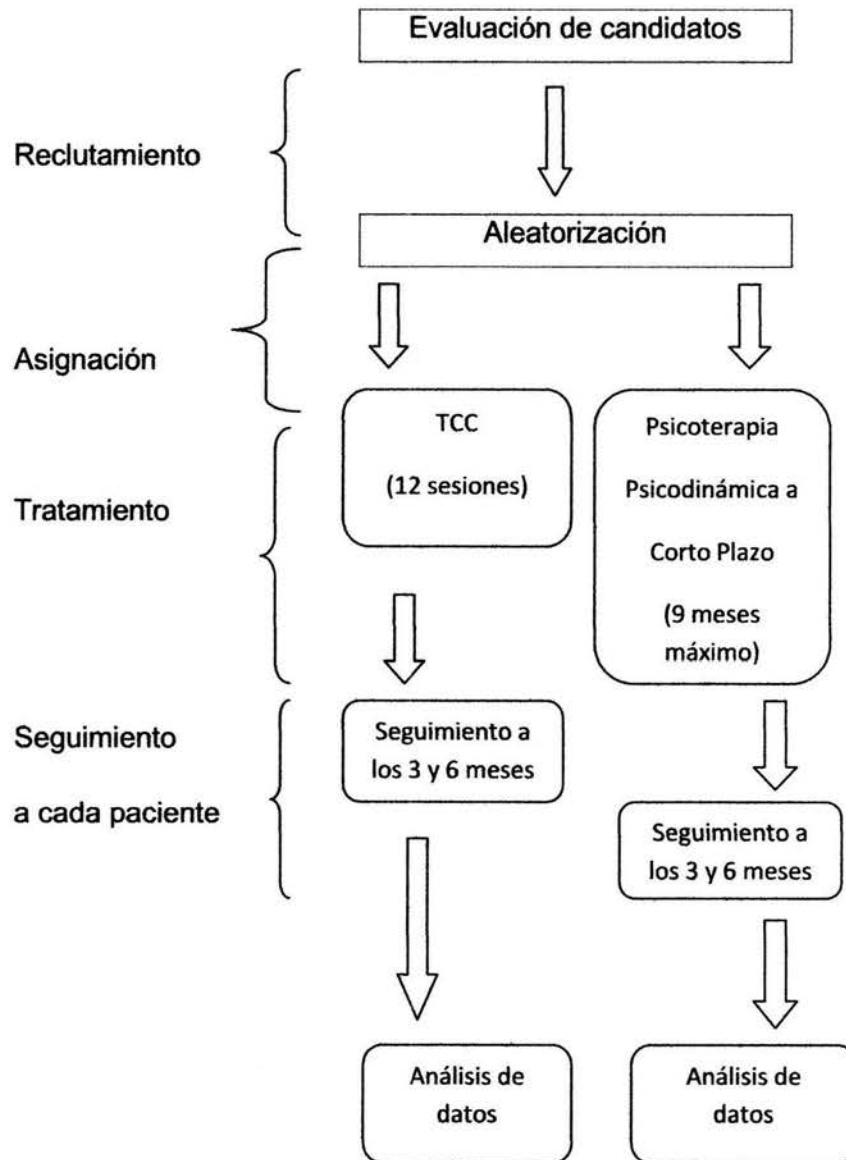
| MÓDULO I | OBJETIVO |
|--------------|---|
| (4 sesiones) | Que el paciente identifique cómo los pensamientos y comportamientos afectan el estado de ánimo así como técnicas que permitan modificar los mismos. |

| MÓDULO II | OBJETIVO |
|--------------|---|
| (4 sesiones) | Que el paciente identifique cómo los comportamientos afectan el estado de ánimo así como técnicas que permitan modificar los mismos |

| MÓDULO III | OBJETIVO |
|--------------|--|
| (4 sesiones) | Que el paciente identifique cómo las interacciones sociales afectan el estado de ánimo así como técnicas que permitan modificar los mismos |

APÉNDICE B.

Etapas del ECCA que recomiendo al SHPFS



REFERENCIAS:

1. Abbass, A. & Driessen, E. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a summary of recent findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. May; 121(5): 398. Recuperado de la Base de Datos Pubmed el día 20 de Mayo del 2011, desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
2. Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J. & Kisely, S. R. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687.pub3. Recuperado de la Base de Datos Cochrane el día 11 de Junio del 2011 desde <http://cochrane.bvsalud.org>
3. Almeida, A. M. & Lotufo, N. F. (2003). Cognitive Behavioral therapy in prevention of depression relapses and recurrences: a review. *Revista Brasileira De Psiquiatria*. Oct; Vol. 25 (4), pp. 239-44. Recuperado de la Base de Datos Pubmed el día 1 de Mayo del 2011, desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
4. American Psychological Association. (2005). Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology. Recuperado el 20 de Mayo del 2011 de: <http://www.apapracticecentral.org>
5. American Psychological Association. (2006). Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
6. Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W. & Berardi, D. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 62: 247–255. Recuperado el día 3 de Junio de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
7. Anthony, A. (2010). Psychiatric Rehabilitation and Medicaid. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Volume 33, No. 3, 175–176. Recuperado el día 3 de Junio de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>

8. Bhar, S.S., Thombs, B.D., Pignotti, M., Bassel, M., Jewett, L., Coyne, J. C. & Beck, A. T. (2010). Is longer-term psychodynamic psychotherapy more effective than shorter-term therapies? Review and critique of the evidence. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Jun; 79(4):208-16. Recuperado el día 10 de Marzo de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
9. Bauer, R. M. (2007). Evidence-Based Practice in Psychology: Implications for Research and Research Training. *Journal of clinical psychology*. Vol. 63(7), 685–694.
10. Beltman, M. W., Voshaar, R. C. & Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*. Jul; Vol. 197 (1), pp. 11-9. Recuperado el 15 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
11. Brajkovic, L., Jevtovici, S., Bilici, V., Bras, M. & Loncar, Z. (2009). The Efficacy of a Brief Supportive Psychodynamic Therapy in Treating Anxious-Depressive Disorder in Daily Hospital. *Collegium Antropologicum*. 245-251. Recuperado el día 10 de Junio de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
12. Canuto, A., Meiler-Mititelu, C., Herrmann, F. R., Delaloye, C., Giannakopoulos, P. & Weber, K. (2008). Longitudinal assessment of psychotherapeutic day hospital treatment for elderly patients with depression. *International journal of geriatric psychiatry*, 23: 949–956. Recuperado el día 7 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
13. Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 8:38. Recuperado el 12 de Marzo del 2011 de de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
14. Chinchilla, M. A. (2008). La depresión y sus máscaras, aspectos Terapéuticos. Madrid España. Editorial Panamericana.

15. Christopher, M. S., Neary, T. J., Jacob, K. L., Neuhaus, E. C. & Fiola, L. A. (2009). Cognitive and Behavioral Changes Related to Symptom Improvement among Patients with a Mood Disorder Receiving Intensive Cognitive Behavioral Therapy. *Faculty Scholarship (SPP)*. Paper 4. Recuperado el 11 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
16. Collins, F. L., Leffingwell, T. R. & Belar, C. D. (2007). Teaching Evidence-Based Practice: Implications for Psychology. *Journal of clinical psychology*, Vol. 63(7), 657–670.
17. Craig, M. (2009). Postnatal depression. *Clinical Evidence*, Jan 26. Recuperado el 16 de Junio del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
18. Cuijpers, P., Van Straten, A. Andersson, G. & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for Depression in Adults: A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 76, No. 6, 909–922. Recuperado el día 23 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
19. Davidson, K. W. & Spring, B. (2006). Developing an Evidence Base in Clinical Psychology. *Journal of clinical psychology*, Vol. 62(3), 259–271.
20. Davidson, K. W., Goldstein, M., Kaplan, R. M., Kaufmann, P. G., Knatterud, G. L., Orleans, C. T., Spring, B., Trudeau, K. J. & Whitlocks, E. P. (2003). Evidence-Based Behavioral Medicine: What Is It and How do we achieve It? *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*. Dec; 26(3): 161-71.
21. De Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A. & De Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*. Jan; 22(1): 1-8. Recuperado el día 25 de Marzo del 2011 de la Base de Datos PsyINFO, acceso por OVID desde <http://ovidsp.tx.ovid.com.pbidi.unam.mx>

22. DiLillo, D. & McChargue, D. (2007). Implementing Elements of Evidence-Based Practice Into Scientist–Practitioner Training at the University of Nebraska-Lincoln. *Journal of clinical psychology*. Vol. 63(7), 671–685. Recuperado el día 8 de Marzo del 2011 de la Base de Datos PsycINFO, acceso por OVID desde <http://ovidsp.tx.ovid.com.pbidi.unam.mx>
23. Driessen, E., Cuijpers, P., Hollon, S. D. & Dekker, J. J. (2010). Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Oct; 78(5): 668-80. Recuperado el día 15 de Mayo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
24. Driessen, E., Cuijpers, P., De Maat, S. C., Abbass, A. A., De Jonghe, F. & Dekker, J.J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1): 25-36. Recuperado el día 15 de Mayo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
25. Driessen, E., Cuijpers, P., De Maat, S. C., Abbass, A. A., Jonghe, F. & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis (Structured abstract). *Clinical Psychology Review*, 30(1): 25-36. Recuperado el día 11 de Junio del 2011 de la base de datos Cochrane desde <http://cochrane.bvsalud.org>
26. Drymalski, W. M. & Washburn, J. J. (2011). Sudden Gains in the Treatment of Depression in a Partial Hospitalization Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. Doi: 10.1037/a0022973. Recuperado el día 17 de Mayo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
27. Especialidad en Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. (s.a., s.f.). Recuperado el 10 de Marzo del 2011 desde <http://hospitalfraybernardino.blogspot.com>
28. Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268, 2420–2425.

29. Farkas, M. & Anthony, W. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*. April; 22(2): 114–129. Recuperado el día 2 de Junio del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
30. García, R. E. (2010). Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Recuperado el 10 de Marzo del 2011 desde <http://www.sap.salud.gob.mx>
31. Gaudiano, B. A., Miller, I. W. & Herbert, J. D. (2007). The treatment of psychotic major depression: is there a role for adjunctive psychotherapy? *Psychotherapy and Psychosomatics*; 76(5): 271-7. Recuperado el día 16 de Junio del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
32. Glasziou, P., Del Mar, C. & Salisbury, J. (2003). Evidence-based Medicine Workbook: finding and applying the best research evidence to improve patient care. London: BMJ Books.
33. Gómez, R. C., Hernández, B. G., Rojas, U. A. y Santacruz, O. H. (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. Editorial Panamericana.
34. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. (2009). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.
35. Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 336(7650): p. 924-6.
36. Hermann, E. K., Munsch, S., Biedert, E. & Lang, W. (2010). Psychotherapy for depression. *Therapeutische Umschau, Revue thérapeutique*. Nov; 67(11): 581-4. Recuperado el día 10 de Junio del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

37. Hynninen, M. J., Bjerke, N., Pallesen, S., Bakke, P. S. & Nordhus, I. H. (2010). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in COPD. *Respiratory Medicine*. Jul; Vol. 104 (7), pp. 986-94. Recuperado el día 3 de Junio del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
38. Horvitz-Lennon, M., Normand, S. L., Gaccione, P. & Frank, R. G. (2001). Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957-1997). *Am J Psychiatry*. May 158(5):676-85. Recuperado el día 8 de Marzo del 2011 de la Base de Datos PsylINFO, acceso por OVID desde <http://ovidsp.tx.ovid.com.pbidi.unam.mx>
39. Howick, J., Chalmers, I., Glasziou, P., Greenhalgh, T., Heneghan C, Liberati, A., Moschetti, I., Phillips, B. & Thornton, H. (2011). "The 2011 Oxford CEBM Evidence Levels of Evidence (Introductory Document)". Recuperado desde Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
40. Howland, R. H. (2009). An overview of seasonal affective disorder and its treatment options. *The physician and sports medicine*. Dec; 37(4): 104-15. Recuperado el día 9 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
41. Jacobsen, P. B. (2009). Promoting evidence-based psychosocial care for cancer Patients. *Psycho-Oncology*, 18: 6–13.
42. Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Simonsen, E. & Gluud, C. (2011). Correction: The Effect of Interpersonal Psychotherapy and other Psychodynamic Therapies versus 'Treatment as Usual' in Patients with Major Depressive Disorder. *PLoS One*. Epub Jun 2. Recuperado el día 11 de Junio del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
43. Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Simonsen, E. & Gluud, C. (2011). The Effect of Interpersonal Psychotherapy and other Psychodynamic Therapies versus 'Treatment as Usual' in Patients with Major Depressive Disorder. *PLoS One*. Apr 27; 6(4): e19044. Recuperado el día 11 de Junio del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

44. Knoth, R. L., Bolge, S. C., Kim, E. & Tran, Q. (2010). Effect of Inadequate Response to Treatment in Patients With Depression. *Am J ManagCare*; 16(8):e188-e196.
45. Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., Howley, M., Bowie, G., Connery, H. & Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International journal of geriatric psychiatry*; 23: 843–850. Recuperado el día 1 de Junio del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
46. Lazcano, P. E., Salazar, M. E., Gutiérrez, C. P., Angeles, L. A., Hernández, G. A. y Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud pública de México*. vol.46 no.6 Cuernavaca Nov/Dec. Recuperado el día 28 de Julio del 2011 de la Base de Datos Scielo desde <http://www.scielo.cl>
47. Lazar, S. G. (2010). Psychotherapy in the treatment of depression. (Ed.) The Committee on Psychotherapy; pp. 135-173. Arlington, VA, US: *American Psychiatric Publishing*, 351 pp. Recuperado el 21 de Marzo del 2011 de la Base de Datos PsycINFO, acceso por OVID desde <http://ovidsp.tx.ovid.com.pbidi.unam.mx>
48. Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, Vol. 21, No. 3, pp. 401–419. Recuperado el 10 de Mayo del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
49. Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*; Oct 1; Vol. 300 (13), pp. 1551-65. Recuperado el día 10 de Mayo del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>

50. Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis (Structured abstract). *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*; Oct 1; Vol. 300 (13), pp. 1551-65. Recuperado el día 11 de Junio del 2011 de la Base de Datos Cochrane desde <http://cochrane.bvsalud.org>
51. Lemma, A. Target, M. & Fonagy, P. (2011). The Development of a Brief Psychodynamic Intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and Its Application to Depression: A Pilot Study. *Psychiatry*, 74 (1) 41 - 48. Recuperado el día 17 de Junio del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
52. Lynch, D., Laws, K. R. & McKenna, P. J. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. (2010). *Psychological Medicine*. Jan; Vol. 40 (1), pp. 9-24. Recuperado el día 15 de Marzo de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
53. Luebbe, A. M., Radcliffe, A. M., Callands, T. A., Green, D. & Thorn, B. E. (2007). Evidence-Based Practice in Psychology: Perceptions of Graduate Students in Scientist–Practitioner Programs. *Journal of clinical psychology*, Vol. 63(7), 643–655.
54. Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A. M., Sledge, W. H., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E. & Wiersma D. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art. No.: CD004026. DOI: 10.1002/14651858.CD004026. Recuperado el día 2 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Cochrane desde <http://cochrane.bvsalud.org>
55. Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, D., Bond, G. R., Huxley, P. & Tyrer, P. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment*; 5(21):1-75. Recuperado el día 2 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Cochrane desde <http://cochrane.bvsalud.org>

56. Montgomery, C. (2002). Role of dynamic group therapy in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 8, pp. 34-41. Recuperado el día 10 de Junio del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
57. Muñoz, R. F., Aguilar-Gaxiola, S., Guzmán, J., Rosselló, J. & Bernal, G. (2007). *Group Therapy Manual for Cognitive-behavioral Treatment of Depression*. San Francisco General Hospital, Depression Clinic. Available from the author. University of California, San Francisco, Department of Psychiatry, San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Suite 7M, San Francisco, CA 94110
58. Murer, C. G. (2007). Psychiatric partial hospitalization: an overview. *Rehab Management*. Oct; 20(8):48-9.
59. National Institute of Mental Health. (2009). Depression. NIH Publication No. 11-3561. Recuperado el día 5 de Marzo del 2011 de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression>
60. Neuhaus, E. C., Christopher, M., Jacob, K., Guillaumot, J. & Burns, J. P. (2007). Short-Term Cognitive Behavioral Partial Hospital Treatment: A Pilot Study. *Journal of Psychiatric Practice*. Vol. 13, No. 5. Recuperado el día 7 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
61. Neuhaus, E. C. (2006). Fixed Values and a Flexible Partial Hospital Program Model. *Harvard review of psychiatry*. Jan-Feb; 14(1): 1-14. Recuperado el día 9 de Marzo del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
62. Oksanen, J. (2010). Psychosocial treatment of bipolar disorder. *Duodecim*; 126(4):371-7. Recuperado el día 23 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
63. Ortuño, S. F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Editorial Panamericana.
64. OCEBM. Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
65. OCEBM. Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2009 Levels of Evidence". <http://www.cebm.net/?o=1025>

66. Pagoto, S. L., Spring, B., Coups, E. J., Mulvaney, S., Coutu, M. & Ozakinci, G. (2007). Barriers and Facilitators of Evidence-Based Practice Perceived by Behavioral Science Health Professionals. *Journal of clinical psychology*. Vol. 63(7), 695–705.
67. Pascual, J., Frías, M. D. & Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, n° 87, pp. 1-8. Recuperado el día 4 de Junio del 2011 de la Base de Datos Redalyc desde <http://redalyc.uaemex.mx>
68. Priebe, S., McCabe, R., Schützwahl, M., Kiejna, A., Nawka, P., Raboch, J., Reininghaus, U., Wang, D. & Kallert, T. W. (2011). Patient characteristics predicting better treatment outcomes in day hospitals compared with inpatient wards. *Psychiatric Services*. Mar; 62(3):278-84. Recuperado el día 17 de Mayo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
69. Reilly-Harrington, N. (2010). Psychosocial treatment for bipolar disorder. *CNS Spectrums*. Feb; 15 (2 Suppl 3): 14-6; discussion 17. Recuperado el día 23 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
70. Reisch, T., Thommen, M., Tschacher, W. & Hirsbrunner, H. Outcomes of a Cognitive-Behavioral Day Treatment Program for a Heterogeneous Patient Group. *Psychiatric services*, July 2001 Vol. 52 No. 7. Recuperado de el día el día 12 de Marzo del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
71. Revicki, D. A., Siddique, J., Frank, L., Chung, J. Y., Green, B. L., Krupnick, J., Prasad, M. & Miranda, J. (2005). Cost-effectiveness of evidence-based pharmacotherapy or cognitive behavior therapy compared with community referral for major depression in predominantly low-income minority women. *Archives of General Psychiatry*. Aug; Vol. 62 (8), pp. 868-75. Recuperado el día 3 de Junio del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>

72. Saiz, J. & Chévez, A. (2009). La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención Psicosocial*. Vol. 18, Págs. 75-88. Recuperado el 8 de Junio de la Base de Datos Redalyc desde <http://redalyc.uaemex.mx>
73. Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 31(1), pp. 7-17. Recuperado el día 8 de Junio del 2011 de la Base de Datos Redalyc desde <http://redalyc.uaemex.mx>
74. Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2009). Dysthymic disorder: forlorn and overlooked? *Psychiatry (Edgmont)*. May; 6(5): 46-51. Recuperado el día 17 de Junio del 2011 de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
75. Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S. & King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*. Dec; Vol. 66 (12), pp. 1332-40. Recuperado el día 3 de Junio del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
76. Smit, A., Kluiters, H., Conradi, H. J., van der Meer, K., Tiemens, B. G., Jenner, J. A., van Os, T. W. & Ormel, J. (2006). Short-term effects of enhanced treatment for depression in primary care: results from a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. Jan; Vol. 36 (1), pp. 15-26. Recuperado el día 4 de Marzo del 2011 de la Base de Datos EBSCO HOST desde <http://web.ebscohost.com>
77. Spring, B. (2007). Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: What It Is, Why It Matters; What You Need to Know. *Journal of clinical psychology*. Vol. 63(7), 611-631.
78. Spring, B., Pagoto, S., Kaufmann, P. G., Whitlock, E. P., Glasgow, R. E., Smith, T. W., Trudeau, K. J. & Davidson, K. W. (2005). Invitation to a Dialogue Between Researchers and Clinicians About Evidence-Based Behavioral Medicine. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 30 (2): 125-137.



79. Thorn, B. E. (2007). Commentary: Evidence-Based Practice in Psychology. *Journal of clinical psychology*. Vol. 63(7), 607–609.
80. Tolin, D. F. (2010). Is Cognitive-Behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. Aug; Vol. 30 (6), pp. 710-20. Recuperado el día 9 de Marzo de la Base de Datos Pubmed desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
81. Walker, B. B. & London, S. (2007). Novel Tools and Resources for Evidence-Based Practice in Psychology. *Journal of clinical psychology*, Vol. 63(7), 633–642.
82. Watts, F. N. & Bennett, D. H. (1990). *Rehabilitación Psiquiátrica: Teoría y Práctica*. Editorial Limusa.
83. World Health Organization. (s.a., s.f.). Depression, what is depression? Recuperado el 1 de Marzo del 2011 desde http://www.who.int/mental_health/management/depression
84. Wilson, K. C., Mottram, P. G. & Vassilas, C. A. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Jan 23; (1): CD004853. Recuperado el día 15 de Mayo del 2011 de la Base de Datos Cochrane desde <http://cochrane.bvsalud.org>