



Universidad Nacional Autónoma de México
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN PARA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN USUARIOS DEL
SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

LINDA ESMERALDA MENDOZA AGUILERA

DIRECTOR:

DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

COMITÉ:

DR. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN
MTRA. NANCY ELIZABETH RANGEL DOMÍNGUEZ
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"
DR. HÉCTOR RAFAEL VELÁZQUEZ JURADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Ciudad de México

ENERO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Desarrollo	16
Identificación de los participantes	16
Antecedentes clínicos y motivos de consulta	17
Estrategias de evaluación	21
Formulación clínica de los casos	24
Tratamiento de elección	34
Factores relacionados con el terapeuta	39
Diseño del estudio	42
Análisis de datos	43
Resultados	45
Discusión	63
Referencias	71

Resumen

Una gran cantidad de pacientes que acuden a urgencias experimentan sintomatología depresiva, sin embargo, la identificación de casos y el tratamiento son subóptimos. Se debería garantizar la disponibilidad del mejor tratamiento para atender esta necesidad, sin embargo, aún no se tiene evidencia suficiente para realizar esta elección. El tratamiento psicológico ha probado ser una de las mejores propuestas, por ello, el objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención psicológica cognitivo conductual sobre la sintomatología depresiva. Participaron 4 pacientes usuarios del servicio de urgencias médicas y se optó por un diseño de caso único (A-B) con mediciones intrasujetos. El tamaño del efecto de la intervención (índice NAP) en los participantes fue moderado para uno de ellos (NAP=0.88) y alto (NAP=0.97; NAP=0.98; y NAP=0.98) para el resto, siendo todos estadísticamente significativos ($p \leq 0.05$). El cambio clínico por paciente (Cardiel ≥ 0.20) mostró que todos los pacientes tuvieron una mejoría en relación a la sintomatología depresiva. Los resultados apuntan a que la intervención propuesta fue útil y viable para los casos. Es necesaria la conformación de nuevas intervenciones que respalden los resultados obtenidos.

Palabras clave: sintomatología depresiva, urgencias médicas, intervención cognitivo conductual.

Abstract

A significant number of patients who come to the emergency room experience depressive symptoms, however, case identification and treatment are suboptimal. The availability of the best treatment to cope this need should be guaranteed, however, there is still not enough evidence to make this selection. Psychological treatment has proven to be one of the best proposals; therefore, the aim of the present study was to evaluate the effect of a cognitive behavioral psychological intervention on depressive symptomatology. Four patients using the medical emergency service participated and a single case design (A-B) with intra-subject measurements was chosen. The size of the effect of the intervention (NAP index) in the participants was moderate for one of them (NAP=0.88) and high ((NAP=0.97; NAP=0.98; & NAP=0.98) for the rest, all being statistically significant ($p \leq 0.05$). The clinical change per patient (Cardiel ≥ 0.20) showed that all patients had an improvement in relation to depressive symptomatology. The results suggest that the proposed intervention was useful and viable for the cases. It is necessary to develop new interventions that support the results obtained.

Key words: depressive symptomatology, emergency room, cognitive behavioral therapy.

Introducción

El Colegio Americano de Médicos de Emergencias define a la medicina de urgencia: “como la especialidad médica dedicada a la evaluación, diagnóstico, tratamiento y coordinación del cuidado para atender diversas enfermedades y/o lesiones imprevistas que pueden poner en peligro la vida o la funcionalidad del paciente” (Definition of Emergency Medicine, 2016, p. 142).

Siguiendo esta definición, Sinclair (20018) menciona que esta especialidad conforma equipos de trabajo con algunas características particulares que deben ser diferenciadas. Una de esas características es que estos servicios coordinan acciones de intervención inmediata, es decir, quienes asisten tienen la expectativa de iniciar con la atención en ese momento. Otra característica importante es que no hay restricción, se puede acudir a estos servicios a libre demanda, por ello, se cuenta con múltiples pacientes que pueden presentar diferentes padecimientos y a la par distintos niveles de gravedad. Al ser una atención *in situ* es usual que la demanda de atención sea regularmente alta.

A esta demanda excedida por la sobresaturación, se suma una nueva característica que ha sido descrita por Fraga-Sastrías et al. (2010) como inespecificidad del objetivo, es decir, estos servicios no solo funcionan como atención inmediata a cuestiones de salud imprevistas, si no, que debido a las complejidades del sector salud, funcionan también como una especie de servicio de atención primaria, siendo el primer contacto del paciente con cualquier tipo de necesidad de atención de todo el espectro de salud. ¡Muy bien!

Gutiérrez – Vázquez, Domínguez- Maza y Acevedo- Mariles (2007) refieren que teniendo en cuenta estas características se puede notar que los servicios de urgencias son

complejos y demandantes para quienes brindan la atención y para quienes la reciben. También mencionan que es muy común que los recursos con los que cuenta el área de atención puedan ser fácilmente rebasados por la alta demanda, y más específicamente en países como el nuestro, cuyo sistema de salud no es óptimo. Este análisis se respalda con los datos obtenidos por el Registro Nacional de Urgencias (2016) en México tan solo en el año 2015 el INEGI reveló que desde el año 2000 y hasta esa fecha, se habían brindado aproximadamente 37 471 913 millones de consultas de urgencias. Esta cifra es alarmante para la distribución de los servicios, ya que inclusive otros autores habían hecho análisis similares, por ejemplo, en el 2013 considerando a todos los profesionales de la salud contratados no solo a los que laboran en urgencias, la demanda sería excedida 20 a 1 (Polanco González et al., 2013).

Teniendo como marco el contexto anterior, se ha encontrado que uno de los retos más importantes para el funcionamiento de urgencias, es la detección y tratamiento de problemas relacionados con la salud mental (Castro-Camacho et al., 2012). Prince et al. (2007) mencionan que este reto se presenta probablemente debido a que las personas que cuentan con problemas de esta índole y ninguna fuente de atención buscan en servicios que ellos perciben más accesibles. No obstante, el servicio de urgencias no cuenta con preparación u organización suficiente para cubrir esta demanda agrega referencias que sustenten esta afirmación.

Además es importante mencionar que debido a la alta incidencia y prevalencia de los problemas de salud mental en México, es razonable pensar que estas condiciones sean altamente comórbidas con padecimientos crónico degenerativos y agudos. Esta comorbilidad se vuelve de imperante atención cuando se tiene en cuenta que según cifras de la Secretaría de Salud en México una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental, esto implica que en nuestro país para una población calculada en 120 millones de personas, aproximadamente 20

millones podrían padecer algún trastorno mental, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población, sin embargo también añade que ni siquiera un tercio de ellos recibirán atención (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña y Gallo, 2012).

Para denominar este problema la Organización Mundial de la Salud acuñó el término brecha de atención para referirse a “todas aquellas dificultades que existen para que las personas que lo requieran puedan recibir atención a la salud” (Guía de intervención humanitaria: mhGAP, 2016). Revisando solo lo correspondiente a salud mental, esta misma institución ha estimado que aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan atención en los países con ingresos bajos y medios no la reciben y las intervenciones, aunque pudiesen estar disponibles, a menudo no se basan en pruebas o en la evidencia, ni son de alta calidad (Guía de intervención humanitaria: mhGAP, 2016). México es un ejemplo que representa esta cifra ya que según el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado, en este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en otorgar atención a la salud mental (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara y Berglund, 2007).

Si se parte del contexto anterior, la atención a estos pacientes representa un reto debido a que la detección e intervención de padecimientos de salud mental constituye una de las actividades cotidianas del servicio de urgencias para las que muchas veces no se tiene un procedimiento establecido (Wade et al., 2016). Weismann et al. (2014) también reportaron que es sumamente común que estos problemas no sean detectados o atendidos, y se ha vuelto difícil garantizar que un paciente reciba atención, creando una laguna entre la necesidad y la capacidad del servicio para responder a esta.

Aunque no hay datos concretos que den exactitud sobre la necesidad de atención a la salud mental en urgencias, existen algunos estudios que se han centrado en las dificultades de salud mental que presentan los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, que ingresaron al servicio, provenientes del área de urgencias, en un trabajo de atención coordinado.

En un estudio realizado por Parker, Sricharoenchai y Needham (2013) se reportó que cerca del 8% de los pacientes ingresan con un problema de salud mental como motivo principal de ingreso o como antecedente acompañando al proceso crítico. También se identificó que la incidencia de sintomatología depresiva podía llegar a afectar al menos a 30% de los pacientes evaluados. Otro estudio que ha reportado datos parecidos fue el realizado por Sukantarat, Williamson, y Brett (2007) en pacientes adultos tratados en una unidad de cuidados intensivos, donde 47% de los pacientes que completaron los cuestionarios informaron depresión clínicamente significativa, según la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

En otra investigación, realizada por Rassin, Nasie, Bechor, Weiss, y Silner (2006) se trató de indagar las razones que tenían los pacientes con condiciones no urgentes de salud para acudir al servicio de urgencias y se halló que más del 60% indicó que habían escogido el servicio porque el tratamiento ahí era mejor y un tercero informó que generalmente recurren a urgencias cuando se sienten enfermos o muy estresados. En la mayoría de los casos, las visitas fueron dentro de las 3 horas posteriores a los síntomas, y aproximadamente un tercio de los participantes indicaron que últimamente habían estado bajo situaciones de estrés y ansiedad, o bien cursaban con depresión.

En otro estudio Badia et al. (2011) se tenía por objetivo describir los síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos que habían ingresado por parte

del servicio de urgencias, y explorar estos síntomas basados en las necesidades de cuidado individual y la disposición de alta durante 4 meses después del alta. Las tendencias de los datos sugirieron que los peores síntomas depresivos y de ansiedad se presentaron cuando los pacientes tenían necesidades moderadas a altas de atención a la salud mental. Los autores concluían que usando breves herramientas de detección, se podía realizar de una manera sencilla una detección de necesidades relacionadas con la salud mental. Concluían que este tamizaje no tendría sentido si no se podían iniciar estrategias para ayudar a los pacientes a minimizar los síntomas psicológicos y supervisar la respuesta al tratamiento.

De todos los estudios hasta ahora mencionados no se contaba con un proceso de atención clínico que cubriera estas necesidades. Otra conjetura que se puede extraer de la reseña de los artículos anteriores es que son los trastornos mentales comunes, o la sintomatología asociada a ellos, una de las necesidades que ha sido más reportada, destacando en todos la presencia de la sintomatología depresiva (Medina-Mora et al., 2007). Es importante mencionar que el término sintomatología depresiva hace referencia a un amplio rango de problemas mentales caracterizados por la ausencia de un afecto positivo a la par de una pérdida de interés y gozo en las actividades y experiencias cotidianas (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010). Todo lo anterior, acompañado por un estado de ánimo bajo asociado a síntomas emocionales, cognitivos y físicos.

Pensando en lo descrito en los estudios y las cifras, este reporte no es novedoso, es en todo caso congruente, ya que según cifras presentadas de la Organización Mundial de la Salud (2017) se estima que la sintomatología depresiva afecta aproximadamente a 350 millones de personas en el mundo, con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% y menos del 25% tienen acceso a tratamientos. Esta organización también hace énfasis en que alrededor del mundo una

de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés, también prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. México también es congruente con los datos internacionales, se estima que aproximadamente el 3.3 por ciento de la población padece actualmente un episodio depresivo lo cual equivale aproximadamente a 3 millones 600 mil personas (Natera y González-Forteza, 2012).

La necesidad de intervenir ante la sintomatología depresiva, no solo se basa en la prevalencia, también debe su importancia a la forma en que este problema de salud mental limita la calidad de vida del paciente. Si pensamos que de acuerdo con el proyecto Global Burden Disease (GBD) de la OMS se cataloga a la depresión como la principal causa de discapacidad a nivel mundial, se puede notar que no solo interfiere con las actividades cotidianas del paciente, sino que lo pone en riesgo de padecer alguna otra enfermedad o bien de empeorar el curso de las que ya tiene (Ferrari et al., 2016). Los análisis recientes muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis, también se sabe que los mexicanos con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas (Natera y González-Forteza, 2012).

Tampoco se cuentan con datos exactos de cómo la sintomatología depresiva afecta a los pacientes que acuden al servicio de urgencias pero hay algunos indicadores encontrados en la literatura de investigación que podrían caracterizar como la brecha de atención a la salud mental está presente en este servicio. Uno de estos estudios fue realizado por Abar, Hong, Aaserude, Holub y DeRienzo (2017) donde participaron 643 pacientes y al menos 42% de ellos reportaron

sintomatología depresiva. La mayoría de los pacientes también reportaron haber experimentado algunas barreras para la atención, siendo algunas de las más importantes: dificultad para encontrar transporte, responsabilidades laborales, sensación de que el médico no responde a sus inquietudes, vergüenza de un posible problema de salud mental. Cabe resaltar que en esta investigación los síntomas de depresión se asociaron con mayores dificultades para acceder a la atención ($r = 0,44$, $p < 0,001$).

Otro estudio que describe las barreras para la atención a la sintomatología depresiva en urgencias fue realizado por Rhodes, Kushner, Bisgaierm y Prenoveau (2007) cuyo objetivo era analizar las conversaciones entre el médico y los pacientes, a fin de encontrar, cuántas de las conversaciones se dirigían a problemas relacionados con depresión. Los autores reportaron que de las 871 visitas al departamento de urgencias grabadas con audio, 70 (8%) incluyeron discusiones que contenían cualquier referencia a la depresión y 20 (2%) constituyeron discusiones de depresión significativas. El análisis cualitativo de los 20 debates significativos encontró que 16 (80%) requirieron menos de 90 segundos para completarse. Los autores concluían que los proveedores de salud en este departamento rara vez abordan la depresión y parecen no ser capaces de identificarla. También añaden que no se contaba con ninguna intervención formal dentro del departamento para estos pacientes.

En estos dos estudios la presencia de sintomatología depresiva reportada, y puede catalogarse como alta y concomitante a las dificultades para su identificación, es el tema del acceso del paciente a la atención adecuada.

En cuanto a la intervención más adecuada para abordar este problema, la literatura ha recomendado diferentes líneas de acción, siendo la combinación entre la farmacoterapia y la

psicoterapia la más costo- efectiva para los trastornos depresivos (Heinze y Camacho, 2010; Hunot et al., 2013; Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco, Real, Chisholm y Medina-Mora, 2010; Sinohara et al. 2013). Otras propuestas mencionan que ante la presencia de sintomatología depresiva una intervención psicológica puede tener un efecto favorable para los pacientes (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013) y han recomendado que en todos los niveles de atención se deben realizar una secuencia de acciones, incluyendo la evaluación del riesgo, la normalización y la transición temporal psicológica para una posterior canalización a medios más especializados en caso de ser necesario, todo lo anterior siguiendo las extensas recomendaciones proporcionadas por la OMS en su Programa Mundial de Acción en Salud Mental. (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, Rodrigues, Castro y Cardoso, 2016; Farah et al.,2016; Organización Mundial de la Salud, 2014; Pitt, et al.,2013).

Aunque no se encontró evidencia de cómo estas intervenciones psicológicas pueden apoyar a los pacientes en el servicio de urgencias médicas, existen propuestas de servicios de atención con características similares, que podrían indicar cuál podría ser un primer acercamiento.

En Reino Unido se han reportado buenos resultados una dinámica de atención denominada “cuidado gradual” (Van Straten, Seekles, Van ’t Veer-Tazelaar, Beekman y Cuijpers, 2010). En la propuesta, todos los pacientes con sintomatología depresiva comienzan con la misma intervención de baja intensidad, el progreso se controla, y sólo aquellos pacientes que no responden adecuadamente avanzan hasta una intervención posterior de mayor complejidad. Es importante mencionar que los autores de esta propuesta definieron como tratamientos de baja intensidad a aquellos que requieren menos tiempo de un profesional de la salud que un tratamiento convencional. El supuesto de atención es que muchos pacientes se

benefician de porque les permite recibir orientación especializada para desplegar sus propios recursos y muchos no necesitarán tratamiento adicional. Es importante mencionar que esta propuesta se originó en el primer nivel de salud.

Esta propuesta de atención, en primer nivel de atención, se sometió a un ensayo controlado aleatorizado realizado por Richards et al. (2016) y se encontró que estas intervenciones mejoraban la depresión hasta 12 meses después del inicio de la intervención, y era preferida por los pacientes sobre la atención habitual, sin embargo, no hubo un efecto significativo de la atención colaborativa en la depresión ($n = 354$). El puntaje promedio de la escala para detectar depresión (PHQ-9) fue 0,04 puntos menor (IC del 95%: -1,59 a 1,66; $p = 1,0$) en los participantes que recibieron atención habitual (tamaño del efecto estandarizado 0,01, IC del 95%: -0,31 a 0,33). El número de participantes en la atención colaborativa fue mayor que el de la atención habitual, con criterios de recuperación (OR 1,29, IC del 95%: 0,77 a 2,15, número necesario para tratar 18,8) y respuesta (OR 1,33, IC del 95%: 0,80 a 2,21, pero ninguna de las dos diferencias fue significativa ($p = 0,3$ para ambos). Los autores concluían que las limitaciones para producir un efecto se debían a que los profesionales que entregaban esta intervención eran médicos por tanto la capacitación que habían recibido era breve y quizás insuficiente, recomendaban para posteriores estudios que el desempeño de estas intervenciones fuera desarrollado por profesionales de la salud mental.

Otros autores han reportado resultados similares, en general el tamaño del efecto ha sido débil pero significativo, para varios estudios, no obstante en todos reportó una mejoría en la experiencia de los pacientes. Mencionaban que una limitación en común era la falta de una intervención sistemática otorgada por profesionales en salud mental (Magnani et al., 2016; Mitchell et al., 2015; Wolf y Hopko, 2008).

En México se ha buscado fundar evidencia de la eficacia de las intervenciones para la sintomatología depresiva en diversos niveles de atención, sin embargo, hay pocos estudios que cuenten con buen nivel de evidencia. Uno de ellos es el que se realizó en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente por Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí (2003). En este estudio se tenía por objetivo medir los efectos de una intervención psicoeducativa sobre la sintomatología depresiva en mujeres que fueran usuarias de los sistemas de salud. En la evaluación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se encontró que un 80% de las participantes siguió considerando que la intervención tuvo gran influencia en su vida y en sus problemas a los dos años. Los autores concluían que es necesario contar con intervenciones de prevención y de tratamientos breves y metodológicamente probados, que permitan responder de manera eficaz y eficiente a esta sintomatología.

De las intervenciones hasta este momento descritas, es necesario remarcar algunos puntos. El primero es no se encontró ninguna investigación sobre atención a pacientes que acuden al departamento de urgencias y que cursan con sintomatología depresiva, lo cual es importante debido las características particulares del servicio descritas anteriormente. El segundo es que contar con una intervención psicosocial podría ayudar a disminuir la brecha existente para la atención de esta sintomatología.

El tercer punto y último es que los estudios que antes descritos tienen limitantes entre ellas que cuentan con una amplia gama de proveedores de tratamiento y con diferentes niveles de experiencia, diferentes duraciones de tratamiento, medidas dispares de resultados, criterios de inclusión y exclusión inconsistentes. Sin embargo, la mayor dificultad es que en la mayoría la sección de procedimientos esta pobremente descrita, es decir, no se cuenta con muchos datos de

las acciones específicas que tomaron para otorgar la intervención o bien garantizar la fidelidad de la misma.

Otra dificultad es que muchas de las intervenciones existentes se enfocan en trastornos específicos del espectro depresivo, dejando de lado a los pacientes que solo presentan sintomatología pero no cumplen todos los criterios diagnósticos (Berenzon et al., 2013). Además, las preocupaciones de viabilidad son evidentes, así como la necesidad de evaluar la efectividad de diferentes intervenciones en función de las características específicas del paciente (por ejemplo: edad, severidad de los síntomas, sintomatología cognitiva y física coexistente) (Natera y González-Forteza, 2012).

A modo de síntesis puede pensarse que una gran cantidad de pacientes que acuden a urgencias experimentan sintomatología depresiva, sin embargo, la identificación de casos y el tratamiento son subóptimos. Se requiere garantizar la disponibilidad del mejor tratamiento para atender esta necesidad, siendo el psicológico una de las mejores propuestas. Es necesario y evidente la conformación de intervenciones con buen nivel de evidencia desarrolladas por profesionales de la salud mental, sin embargo, aún no se tiene aún la suficiente solidez científica para proponer componentes específicos.

En el presente estudio se propone un diseño de casos para explorar las posibilidades de este tipo de intervención y el análisis detallado del efecto de la intervención en los participantes. Este diseño también cuenta con la ventaja de una mayor viabilidad y mayor control de la integridad de la intervención. Teniendo todo lo anterior en cuenta el objetivo del presente estudio es evaluar el efecto de una intervención psicológica cognitivo conductual sobre la sintomatología depresiva en pacientes usuarios del servicio de urgencias.

Para reportar los casos en el presente documento se siguió la estructura sugerida en “*Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical Psychology*” elaborado por Virués-Ortega y Moreno-Rodríguez (2008).

Identificación de los pacientes

Participaron cuatro pacientes, residentes del distrito federal que acudieron al servicio de urgencias para recibir atención médica. Dos fueron hombres y dos mujeres, todos mayores de edad y con un diagnóstico de enfermedad crónica. La edad promedio fue de 40 años con una desviación estándar de 16.74 y la mayoría de ellos se dedicaba al hogar. En la Tabla 1 se detallan las características sociodemográficas más relevantes.

Los pacientes fueron evaluados por área médica como prioridad 3, es decir, al momento de invitarlos a la investigación no tenían una situación médica de gravedad, ni presentaban dolor intenso. El abordaje se realizó cuando ya tenían un tratamiento asignado y se había resuelto la demanda de salud que los llevó al servicio.

Tabla 1. *Características de los participantes*

Identificador	Género	Edad	Escolaridad	Profesión	Diagnósticos	Estado civil
1	Masculino	62 a	Primaria	Desempleado	Probable EPOC	Unión libre
2	Femenino	43 a	Alfabetizada	Ama de casa	Diabetes tipo 2	Casada
3	Femenino	35 a	Preparatoria	Ama de casa	Asma	Soltera
4	Masculino	22 a	Preparatoria	Empleado	Diabetes tipo 1	Soltero

Nota: a=años

Antecedentes clínicos y motivos de consulta

Caso 1

El paciente fue referido por el área médica debido a que durante la consulta de urgencias, expresó complicaciones para interactuar con su familia y una marcada tendencia por estar aislado. Se evaluó por como parte del procedimiento del área de psicología y se le invitó a formar parte del estudio al detectarse sintomatología depresiva (véase apartado de evaluación).

El participante refirió comenzar con dificultades emocionales cuando experimentaba los primeros síntomas de su enfermedad, durante el proceso terapéutico fue diagnosticado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Reportó haber experimentado los primeros síntomas un año y medio antes (dolor en el pecho, tos y dificultad respiratoria), a la par área médica reportó un año de evolución. El paciente tenía una media de saturación de oxígeno de 82.1% después de ingerir su broncodilatador; su esquema correspondía a lo indicado por área médica (Salmeterol, 50 cm³ dos veces al día). Y al iniciar la intervención se confirmó el diagnóstico u no se modificó el esquema. El paciente reportó que en general la tos era el síntoma más difícil de afrontar.

Comentó que había tenido situaciones difíciles en su vida donde se sentía abatido y desesperanzado, ahora era diferente porque él notaba que los esfuerzos por mejorar su estado de ánimo habían resultado infructuosos. Identificó como principales fuentes de distrés el aislamiento y los pensamientos negativos recurrentes.

Finalmente negó cualquier antecedente de intervención o evaluación psicológica.

Caso 2

La paciente fue referida por área médica durante su exploración física, debido a que presentaba llanto y dificultades para comunicarse con el equipo de salud. Se evaluó como parte del procedimiento de atención, y durante el interrogatorio la paciente se mostraba con labilidad emocional y dificultad para concentrarse. Se le invitó a recibir la atención psicológica cuando se evaluó la sintomatología depresiva (véase apartado de evaluación).

En la evaluación la paciente mencionó que identificaba el inicio de sus dificultades emocionales cuando estuvo internada en el hospital, aproximadamente un año antes de la evaluación. Durante este internamiento a la paciente se le practicó una cirugía ginecológica para controlar las secuelas de una infección de transmisión sexual, que fue diagnosticada en ese mismo periodo.

Mencionó que desde ese suceso ella no había sido capaz de distraerse o evitar pensar de forma negativa, es decir, desplegar sus estrategias de afrontamiento habituales. También mencionó había empeorado su relación marital, lo cual ocasionaba constantes conflictos en casa, también añadió que debido a estas complicaciones tuvo que dejar de laborar y ser ama de casa de tiempo completo. La paciente identificó como sus principales fuentes de distrés la sensación de soledad y las relaciones interpersonales deterioradas, sobre todo la que mantenía con su esposo.

La paciente contaba con diagnóstico de Diabetes tipo 2 con siete años de evolución, durante ese periodo reportó pocas conductas de adherencia y autocuidado. También acudió al servicio con descontrol glucémico medido en sangre (600mg/dl), reportaba desconocer su esquema de medicación e inyectarse dos unidades de insulina cada tercer día, sin un horario específico. El esquema fue ajustado a 4 unidades de insulina, dos en la mañana y dos en la

noche. Al final de la intervención para la sintomatología depresiva se dieron sesiones adicionales para mejorar la adherencia al tratamiento. Al momento de la evaluación la paciente experimentaba constantes hiperglucemias e infecciones urinarias.

Finalmente negó cualquier antecedente de intervención o evaluación psicológica.

Caso 3

La paciente fue referida por área médica para evaluación por el servicio de psicología debido a que se quería descartar que la paciente estuviera en inminente riesgo social, es decir, identificar si era víctima de algún tipo de violencia. Durante la evaluación se identificó labilidad emocional y sintomatología depresiva (véase apartado de evaluación), y se descartó situaciones adversas que requirieran una intervención social. Se le invitó a tomar la intervención psicológica.

La paciente reportó haber tenido dificultades con su estado de ánimo a lo largo de la vida, sin embargo, también añadió que a pesar de ser evaluada por otros profesionales de la salud mental nunca obtuvo ningún diagnóstico. Mencionó que ella identificaba situaciones que estaban rebasando sus habilidades de afrontar y resolver problemas, dentro de estas se encontraba un cambio de residencia y el dejar de consumir alcohol. Como principales fuentes de distrés reportó pensamientos negativos recurrentes y las dificultades interpersonales con su madre.

A pesar de tener diagnóstico de Asma la paciente reportó no tener dificultades asociadas al mismo y área médica descartó la posibilidad de otorgar medicamento o esquema fijo, solo se fijó el salbutamol (50 mcg) como rescaté en caso de crisis, dado que la paciente negó haber tenido alguna en el último año.

Aunque reportó distintas evaluaciones psicológicas y psiquiátricas, negó algún tipo de

intervención psicológica previa.

Caso 4

El paciente fue referido por área médica para que se realizara una evaluación por el equipo de psicología debido a que reportaba escasas conductas de autocuidado y pérdida de interés por la vigilancia adecuada de su tratamiento médico. Se evaluó como parte del procedimiento del área de psicología y se le invitó a formar parte del estudio al detectarse sintomatología depresiva (véase apartado de evaluación).

Durante la entrevista el paciente reportó comenzar con dificultades emocionales aproximadamente 3 meses antes de la evaluación, menciona que en ese periodo tuvo una separación y las estrategias de regulación emocional no habían sido efectivas. Añadió que en general la dificultad para adherirse a su tratamiento provenía de la pérdida de interés por realizar sus actividades cotidianas y del aislamiento. Identificó como principal fuente de distrés los pensamientos negativos recurrentes.

El paciente tenía diagnóstico de Diabetes tipo 1 con 12 años de evolución. Mencionó tener buenas rutinas de adherencia y autocuidado, también mencionó que su esquema consistía en tres unidades de insulina antes de cada alimento. A pesar de tener buen historial de adherencia el paciente llegó con descontrol glucémico (180 ml/dl), que fue estabilizada antes de iniciar la intervención teniendo un promedio de 95 ml/dl en las semanas de líneas base. En este momento el paciente había experimentado cetoacidosis diabética a la edad de 17 años, y presentaba datos de la misma al momento de la evaluación, sin embargo la evolución fue favorable.

Negó cualquier antecedente de intervención o evaluación psicológica.

Todos los pacientes accedieron a participar en esta intervención de forma voluntaria, en todo momento se garantizó y respetó la dimensión bioética de los pacientes (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia).

Estrategias de evaluación

Se utilizaron tanto la entrevista clínica psicológica, como la aplicación de instrumentos de auto reporte y auto registros conductuales, a continuación se describirán los mismos.

Para la entrevista clínica se retomó el modelo de análisis de la terapia cognitiva conductual, el cual busca a través de la entrevista semi estructurada, explorar las principales áreas de funcionamiento y los factores relacionados con el problema actual (Dobson y Dobson, 2009). Se realizó en dos sesiones de 60 minutos de duración aproximada.

Para evaluar la intervención se seleccionaron los siguientes instrumentos de auto reporte:

Escala de depresión de Hamilton (HAM-D por sus siglas en inglés): en primer lugar se utilizó como criterio de selección la puntuación obtenida al evaluar al paciente con la escala HAM-D que tiene como objetivo identificar si el paciente cursaba con un trastorno depresivo. Esta es una escala diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, el marco temporal de la evaluación se corresponde al momento en el que se aplica, excepto para algunos reactivos, como los del sueño, en que se refiere a los 2 días previos. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada reactivo, e indica depresión ligera o menor de 0 a 7 puntos, moderada de 8 a 13 puntos, grave de 14 a 18 puntos y muy grave 19 a 22 >23. El

participante podía incluirse en la intervención si contaba con un puntaje igual o menor a 13, y si era mayor a 19 se canalizaba al área de psiquiatría para una evaluación más completa. Esta escala fue desarrollada por Hamilton (1960) para uso en la evaluación de los síntomas de pacientes diagnosticados con estados depresivos y propuesto por la guía de intervención clínica del INPRF (Heinze y Camacho, 2010) reportando buenas propiedades psicométricas para población de habla hispana, presentando una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,7$), estabilidad temporal (coeficiente de correlación intraclassa = 0,9) y fiabilidad entre observadores (CCI: 0,9) (Bobes et al., 2003).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9): este es un cuestionario de autoinforme recomendado por la Organización Mundial de la Salud para medir sintomatología depresiva dentro del periodo que corresponde al mes anterior. Con base en varios estudios, se ha informado validez para población latina (Huang, Chung, Kroenke, Delucchi y Spitzer, 2006). Las opciones de respuesta a los elementos del PHQ-9 están en una escala de cuatro puntos; incluyendo cero para nada, uno durante varios días, dos si más de la mitad de los días y tres casi todos los días. El puntaje se obtiene simplemente agregando la respuesta a cada reactivo produciendo un rango de cero a 27. Clasifica la severidad de la depresión en el PHQ-9 por los puntajes de corte de uso frecuente como: ninguno o mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14), moderadamente severo (15-19) y severo (20 o mayor). El instrumento posee adecuadas propiedades psicométricas para población latina (Familiar et al., 2015). Cuenta con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.89) y con validez concurrente con otras escalas como el Inventario de Depresión de Beck (Merz, Malcarne, Roesch, Riley y Sadler, 2011).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Este es también un cuestionario de auto aplicación de 14 reactivos que se diseñó para tener un tamizaje hospitalario en

sintomatología depresiva y ansiosa. La versión que se utilizó para este estudio cuenta con 12 reactivos, integrado por dos subescalas de seis reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión (reactivos pares). Los seis reactivos de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia, indaga básicamente, cuestiones como la pérdida de interés en las actividades cotidianas, mientras que en la subescala de ansiedad, se buscan las manifestaciones psíquicas de la ansiedad, de esta manera, los reactivos se dirigen a conocer si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor. En las instrucciones se pide al paciente que describa cómo se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy, las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 18 para cada subescala. La escala original fue creada por Zigmund & Snaith (1983) y fue adaptada y validada para mexicanos por López-Alveranga et al. (2002), desde ese punto dicha escala fue adaptada para diferentes padecimientos como VIH o cáncer (Galindo-Vázquez, 2015; Noguera-Orozco, Pérez, Barrientos, Robles- García y Sierra-Madero, 2013). Para este estudio se retomó la adaptación realizada por Barriguete- Meléndez, Pérez- Bustinzar, De la Vega-Morales, Barriguete y Rojo (2017) en pacientes con alteraciones de la conducta alimentaria. Se eligió esta adaptación debido a que la escala conservó adecuadas propiedades psicométricas a pesar de la heterogeneidad de sus participantes, lo cual coincidió con lo esperado para este estudio. Según los autores el punto de corte es de 7 para indicar la presencia de síntomas asociados al cuadro. El instrumento cuenta con una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.90) y validez concurrente con otras escalas para medir depresión como el inventario de depresión de Beck.

En cuanto a los autoregistros conductuales, se utilizó como medida adicional, para los participantes con alguna enfermedad crónica, un registro de comportamientos relacionados con

la adherencia terapéutica de frecuencia semanal. Los autores de este registro mencionan que su objetivo es aportar datos confiables de la conducta desempeñada por los participantes independientemente de la escolaridad, debido a que este registro no representa un gran requisito de respuesta (Sánchez-Sosa y Alvarado, 2008).

Por último para el desarrollo de cada técnica de intervención, se diseñaron registros ex profeso para pensamientos y conducta que fueron adaptados de las propuestas descritas en el apartado de intervención (Greenberger y Padesky, 1998; Martell, Dimidjian, y Herman-Dunn, 2013).

Formulación clínica de los casos.

Para la formular los casos se retomó la propuesta de Nezu, Nezu y Lombardo (2006), en ella se busca representar de forma esquematizada las variables de origen y mantenimiento de la sintomatología depresiva para cada uno de los casos formulados con anterioridad.

En esta propuesta los autores distinguen entre 5 tipos de variables que interactúan entre sí para dar pie y conservar un problema psicológico. El primer tipo de estas variables son aquellas a las que se les denomina distales, estas se refieren a todos los factores históricos o del desarrollo que pueden considerarse responsables o bien precursores de la sintomatología. Posteriormente se encuentran las variables denominadas como antecedentes, donde se agrupan todas las que se relacionan con el ambiente y funcionan como estímulos discriminativos o disparadores de síntomas o malestares psicológicos. En el tercer grupo se encuentran las variables denominadas como orgánicas las cuales están relacionadas con el paciente y pueden funcionar como mediadoras, es decir que explican por qué se manifiesta una respuesta en presencia de algunas variables antecedentes, o moderadoras debido a que influyen en la solidez o dirección de la

relación entre un antecedente y una respuesta.

El siguiente grupo de variables son las denominadas de respuesta donde se agrupan las variables que pueden considerarse las metas instrumentales de la intervención, es decir, donde se agrupan la mayoría de las metas sobre las que se espera incidir en la intervención. Por último se encuentran las variables de consecuencia donde se hace una proyección de si el problema fortalecerá o debilitará la probabilidad de una futura respuesta (Nezu et al., 2006).

Tomando en cuenta las categorías anteriores se recolectó la información durante la evaluación y entrevista para lograr las representaciones esquemáticas que se presentaran a continuación.

Caso 1

En la Figura 1 se muestra la información agrupada obtenida durante la formulación para el paciente identificado como Caso 1. Es importante mencionar que en la figura puede apreciarse como algunas de las variables de respuesta muchos de los síntomas englobados dentro del espectro depresivo y reportado durante la entrevista.

Es posible observar que como variables distales se encuentran algunas conductas de riesgo que están relacionadas con nuevas variables orgánsmicas, como el consumo de tabaco y alcohol. Dichas variables son identificadas por el paciente junto con la aparición de la sintomatología depresiva y con muchas de las variables antecedentes relacionadas con las cogniciones relacionadas con el desarrollo de la enfermedad y su nuevo rol en la familia.

En específico la nueva condición de salud del paciente donde perdió el acceso a la actividad laboral, que podría constituir una poderosa fuente de reforzamiento. Aunado a esa

pérdida, el paciente comenzó a experimentar los síntomas propios de la enfermedad pulmonar que actualmente padece.

Teniendo en cuenta estos cambios vitales, el participante, era más propenso a tener pensamientos más rígidos y emociones más intensas. Para hacer frente a ellas era usual que como estrategia primordial usará la evitación, que fungía como variable moderadora, sin embargo, al estar comprometido su nivel de energía y sus posibilidades de desarrollar actividades de alto impacto, esta estrategia, ya no le fue útil, reforzando los pensamientos y emociones displacenteras, que a su vez fungían como variables mediadoras entre las cogniciones de antecedentes y las variables de respuesta.

En este primer caso fue especialmente importante retomar la propuesta de autores como clásicos como Fester (1973) donde la pérdida de reforzadores y la falta de posibilidades amplias de reforzamiento mantienen y predisponen a la sintomatología depresiva. Esta propuesta explicaba de mejor forma como muchas de las variables de respuesta que desplegaba el paciente como el aislamiento y la inactividad lo llevaban a consecuencias donde la conducta de evitación se reforzaba y a su vez lo predisponían a no activarse, generando las posibles consecuencias como el deterioro de sus relaciones interpersonales.

Es importante mencionar que se indagó para descartar que la sintomatología depresiva se debiera a un proceso de adaptación al diagnóstico, sin embargo, se observó que existía un patrón consistente previo y episodios como antecedente en la historia personal del paciente que podrían indicar la presencia de estos síntomas en otras etapas vitales.

Figura 1: Mapa clínico de patogénesis del Caso 1

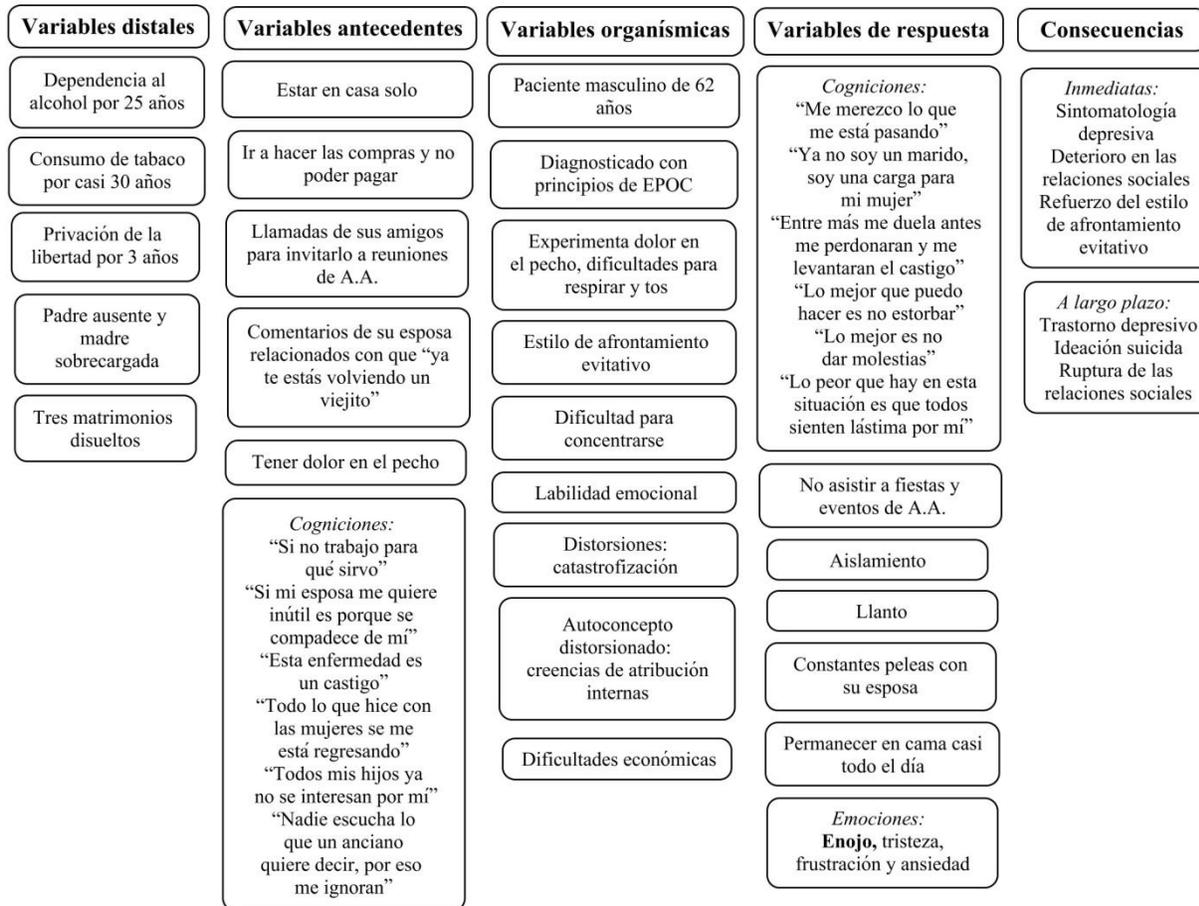


Figura 1: En cada columna se muestran las diferentes variables obtenidas durante el proceso de evaluación del caso, agrupadas según la propuesta de Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

Caso 2

Para la participante identificada como caso 2, la formulación se tiene descrita en la Figura 2, donde se agrupan las variables reportadas por la participante y encontradas durante la evaluación.

En este caso en particular es importante notar que durante el transcurso de su historia vital, las variables distales como el desarrollo de su relación de pareja y en especial de su rol en las relaciones sentimentales origina pensamientos intensos que parecen corresponder con el

inicio de la sintomatología.

Dentro de las variables distales que la paciente describió se resalta ser diagnosticada con una infección de transmisión sexual crónica, debido a que este diagnóstico propició pensamientos intensos relacionados con su rol de esposa, generalmente devaluativos y rígidos, que fungen como antecedente al detonar muchas de las respuestas que se unen al refuerzo de los síntomas y por ello como variables mediadoras de los mismos.

Durante este periodo también optó por renunciar a su actividad laboral y volverse ama de casa de tiempo completo, por lo cual perdió las relaciones interpersonales que ella consideraba valiosas y que brindaban la posibilidad de expresar emociones desagradables. En este caso durante la entrevista la participante refirió como principal estrategia de afrontamiento la evitación, que fungía como variable moderadora al disminuir la intensidad de los pensamientos y la rumiación con actividades domésticas, sin embargo, la participante reportó que no había tenido éxito para regular la intensidad de las emociones asociadas.

Para esta participante la propuesta de Beck (1979) sobre los factores que mantienen la depresión fue especialmente acertada, ya que se corresponden con la vulnerabilidad cognitiva descrita durante la entrevista, acerca de una visión negativa de sí misma. Esta hipótesis se confirmó revisando los pensamientos reportados como antecedentes, donde la percepción acerca de su capacidad para afrontar sus pensamientos se relacionaba con una atribución interna global y estable. Podríamos ver que para ella el tener pensamientos de minusvalía e indefensión la hacían ubicarse como totalmente responsable de los eventos. También es importante notar como muchos de los esfuerzos que desempeñaba como respuesta probablemente maximizaban la posibilidad de que la sintomatología se perpetuara, desactivándola ante las emociones negativas

y manteniendo las dificultades interpersonales.

Figura 2: Mapa clínico de patogénesis del Caso 2



Figura 2: En cada columna se muestran las diferentes variables obtenidas durante el proceso de evaluación del caso, agrupadas según la propuesta de Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

Caso 3

Para la paciente identificada como caso 3, se utilizó el mismo procedimiento para formular el caso y los resultados son presentados en la Figura 3.

En la representación se puede notar como la participante experimentaba marcadas

dificultades para la regulación emocional, acompañada de rasgos de personalidad que dificultaban el manejo de sus estados de ánimo. Estas variables organísmicas estaban ligadas a probablemente a algunas variables distales como la ausencia de modelos adaptativos además de dificultades relaciones durante etapas anteriores.

Al inicio de la evaluación se interconsultó con el psiquiatra del área para una evaluación de los rasgos de personalidad que la paciente había reportado a su ingreso al servicio y durante el periodo de evaluación, sin embargo, la paciente no fue diagnosticada, debido a que no se encontraron datos concluyentes que apoyarán la hipótesis de algún problema que requiriera abordaje psiquiátrico. Por ello solo se consideró el rasgo de personalidad dentro del planteamiento del caso y se descartó conductas suicidas o parasuicidas que requirieran otro tipo de atención.

Es importante notar que la paciente identifica un patrón consistente de mantenimiento de la sintomatología depresiva, ya que, reportó que durante la mayor parte de su vida las emociones negativas que había experimentado eran de difícil manejo. Como estrategia utilizaba la evitación que podría fungir como variable moderadora, sin embargo, esto le conllevó problemas secundarios relacionadas con consumo de sustancias.

Durante la evaluación también se observó que la impulsividad era un rasgo consistente que le impedía desplegar otras estrategias, por lo cual podría ser considerada la variable mediadora que intervenía manteniendo la predisposición a la sintomatología. Para esta participante fue especialmente importante retomar la propuesta de Leahly (2012) para desarrollar la presencia de conciencia de la emoción y los objetivos de regulación de la misma.

A la par, los intentos anteriores poco exitosos y problemáticos para regular la emoción,

habían disminuido la autoeficacia que la participante percibía, llevándola a disminuir la actividad en general. Una de las principales variables de mantenimiento de la sintomatología depresiva también estaba asociada a la rigidez e inflexibilidad de los pensamientos de minusvalía y culpa que se originaba de estas estrategias y que fungían como enlace entre las variables de respuesta y las consecuencias donde se incrementaba el malestar percibido.

Figura 3: Mapa clínico de patogénesis del Caso 3

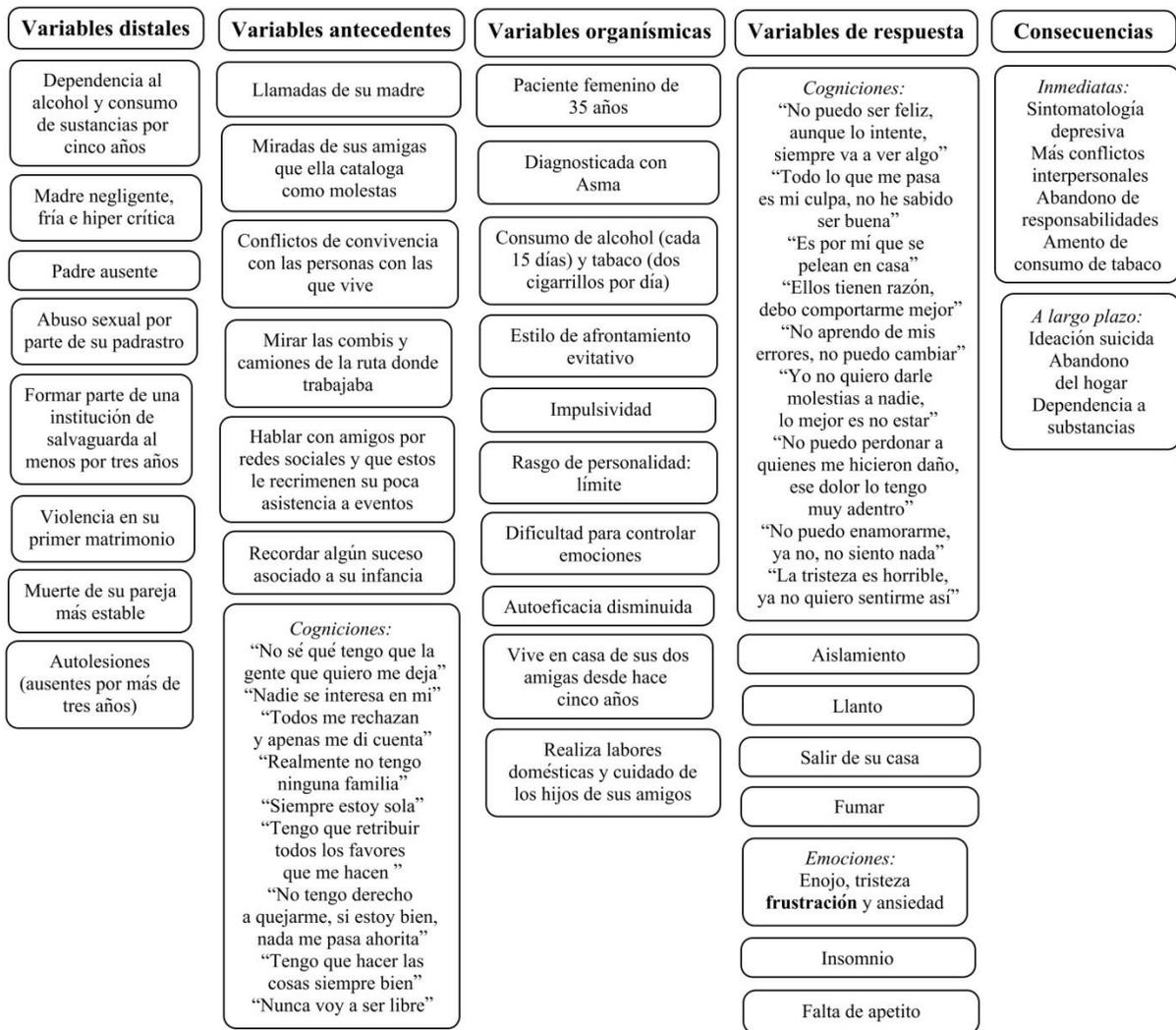


Figura 3: En cada columna se muestran las diferentes variables obtenidas durante el proceso de evaluación del caso, agrupadas según la propuesta de Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

Caso 4

El participante identificado como Caso 4 también fue entrevistado y evaluado igual que el resto de los casos, los resultados de la formulación se muestran en la Figura 4.

En la representación puede notarse como el participante había experimentado de forma más o menos reciente (1 año) situaciones complejas relacionadas con cambios drásticos en sus relaciones interpersonales, de forma más concreta una separación, que podrían sumarse a otras variables distales cómo ser padre a corta edad y los problemas en la relación de sus padres.

Estos cambios originados en su contexto social probablemente fungieron como detonadores que el participante puede identificar junto con el inicio de la sintomatología depresiva. Refirió que la estrategia que utilizaba con mayor frecuencia para estas dificultades era la distracción que solía fungir como variable moderadora, ya que, percibía como relativamente sencillo, utilizar el apoyo social, para mantener sus pensamientos negativos distantes. También mencionó que ante las dificultades relacionales con su ex pareja y con su hermano, utilizaba la evitación para minimizar la exposición a estos estímulos, sin embargo, esta estrategia trajo consecuencias negativas como ausentismo laboral que culminó con su despido, volviéndose una variable mediadora ante la sintomatología.

Este periodo donde se encontraba desempleado se extendió durante aproximadamente seis meses, ante lo cual el paciente comenzó a notar que los sentimientos displacenteros, en especial el enojo, estaban más presentes y era difícil encontrar actividades que fungieran como distracción, esta variable de respuesta estaba ligada a las consecuencias que reforzaban la inactivación . Con este participante fue especialmente importante el modelo de Beck (1979) debido a que muchos de los pensamientos irracionales que experimentaba mantenían los

síntomas emocionales que intentaba evitar. Es importante mencionar que también ideas relacionadas con su diagnóstico, y en general la atribución interna que hacía de estas dificultades, probablemente mantenían la sintomatología depresiva

Figura 4: Mapa clínico de patogénesis del Caso 4

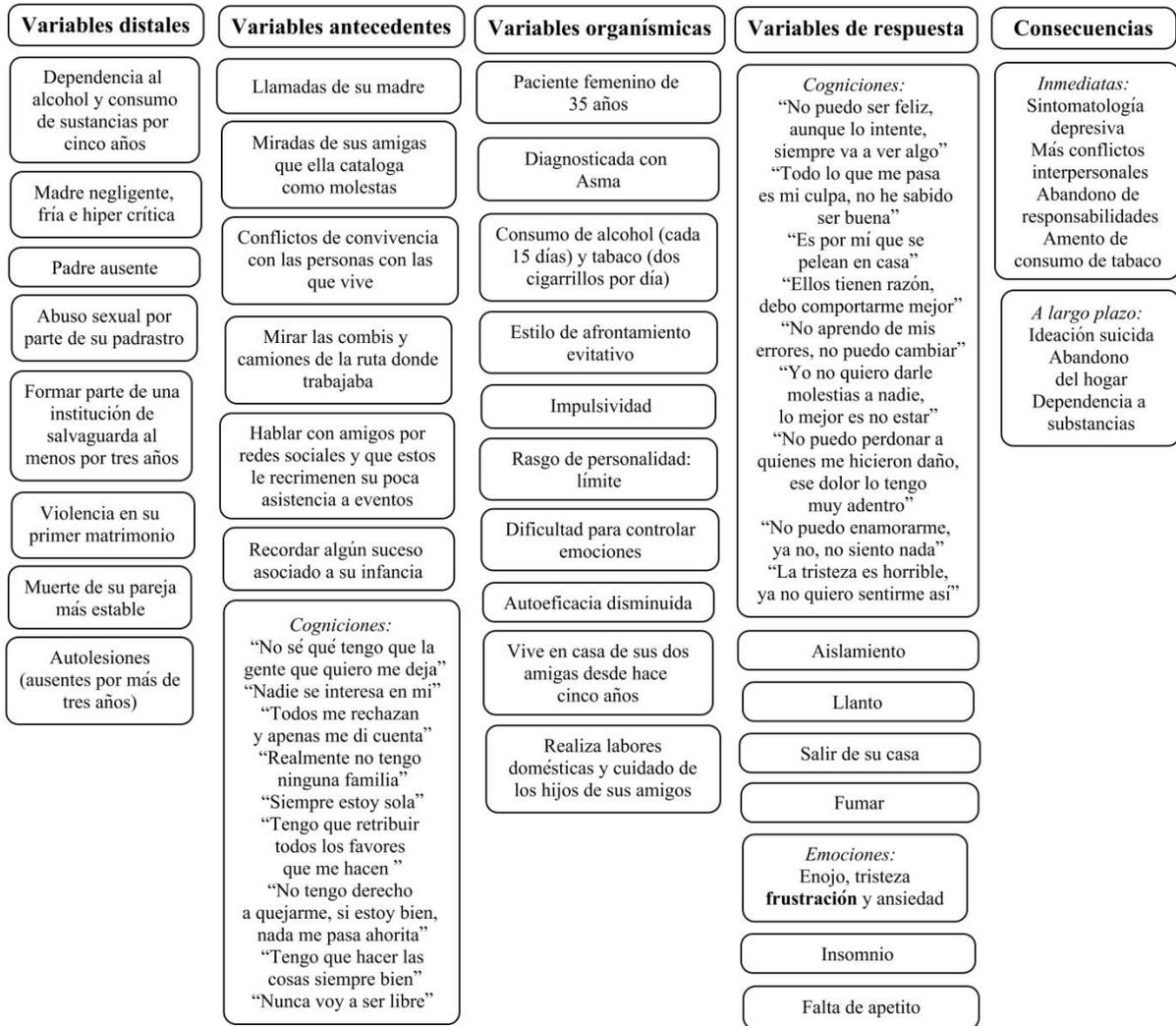


Figura 4: En cada columna se muestran las diferentes variables obtenidas durante el proceso de evaluación del caso, agrupadas según la propuesta de Nezu, Nezu y Lombardo (2006).

Tratamiento de elección

Se optó por un tratamiento de Terapia Cognitivo Conductual debido a que ha mostrado tamaños del efecto de medios a fuertes como evidencia en la atención a la depresión y es recomendada en la guía de intervención clínica elaborada por el Instituto Nacional de Psiquiatría (Heinze y Camacho, 2010).

Es importante mencionar que aún no se tiene evidencia suficiente de que este tipo de psicoterapia sea más eficaz que otra, ya que, las revisiones realizadas aún no han sido concluyentes, no obstante han recomendado este tipo de terapia dado que ha mostrado más beneficios a largo plazo (Hunot et al., 2013; Sinohara et al. 2013). También se consideró las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud donde se menciona que en contextos nuevos o adversos es importante que la terapia sea estructurada y breve (Guía de intervención humanitaria, 2016).

Se optó por una intervención modular que aportará los componentes descritos en la literatura como relevantes para el manejo de la sintomatología, se definieron cuatro módulos en atención a como se suelen agrupar los síntomas.

El modulo cognitivo se diseñó atendiendo los cambios asociados a la sintomatología que incluyen una dificultad para concentrarse y la atención reducida, pensamientos pesimistas y recurrentemente negativos sobre la persona misma, su pasado y el futuro, la rumiación y el embotamiento mental, baja autoestima, pérdida de confianza y sentimientos de impotencia (Figuroa, 2002). El modulo conductual se enfocó en estrategias que pudieran dar respuesta síntomas como: llanto, irritabilidad, aislamiento y disminución de la actividad, agitación, ansiedad (Mairal, 2009). Los síntomas emocionales quedaron englobados en el último módulo,

donde se busca entrenar una habilidad que apoye a los pacientes a manejar síntomas como sentimientos de culpa y/o inutilidad, sueño reducido, exacerbación de dolores preexistentes, dolores secundarios a un aumento de la tensión muscular, alteraciones (pérdida o aumento) del apetito, falta de libido y fatiga (Hervas, 2011).

Además se añadió un módulo extra para otorgar psicoeducación, ya que ha probado su eficacia en la disminución de las recaídas depresivas, en la mejor evolución de los episodios y en la reducción de costes sanitarios de esta enfermedad (Aragonès, Cardoner, Colom, Lopez-Cortacans y Gilaberte, 2013). En este módulo se añadió además una estrategia de motivación al cambio para mejorar las probabilidades de que los participantes atendieran a la intervención y a la vez ésta, tuviese relevancia para ellos (Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012).

En la Tabla 2 se detalla el objetivo de cada módulo además de las acciones específicas que se desempeñaban en cada uno. Se consideró la adaptación de las técnicas descritas en las tablas siguiendo las propuestas desarrolladas en los manuales de intervención clínica disponibles para conservar la técnica contando con ejemplos prácticos de aplicación (Greenberger y Padesky, 1998; Lara-Cantu, 1996; Leahy, 2012; Martell et al., 2013; Ruiz- Fernández, Díaz, y Villalobos, 2012; Safren, Gonzalez y Soroudi, 2007; Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012).

La intervención anterior se diseñó considerando ser individual y contar con tres mediciones de línea base y evaluación, 8 sesiones de intervención y 1 de seguimiento, para tener un total de 12 mediciones.

Tabla 2

Descripción detallada de los módulos de la intervención

Número	Objetivo General	Técnicas utilizadas	Acciones específicas
1	Brindar al participante información sobre la depresión y motivarlo al cambio.	Metáforas y modelo de determinismo recíproco	<p>Explicar el concepto de depresión y los principales síntomas asociados.</p> <p>Desarrollar en conjunto con el modelo de determinismo recíproco del caso.</p> <p>Explicar el mecanismo por el cual la depresión se mantiene utilizando la metáfora del “agujero”.</p> <p>Desarrollar la metáfora de la brújula para aportar el componente motivacional.</p>
2	Modificar los pensamientos asociados a la sintomatología depresiva.	Reestructuración cognitiva	<p>Explicar al participante el modelo de cambio cognitivo a través de los “pensamientos alternativos”.</p> <p>Explicar y desarrollar en conjunto el modelo A (antecedente) B (pensamiento) y C (consecuencia) de Ellis.</p> <p>Explicar la definición de las creencias irracionales y en conjunto identificarlas.</p> <p>Explicar al participante la importancia de encontrar evidencia o explicaciones alternativas a las creencias irracionales.</p>

			Fomentar el uso de los pensamientos alternativos.
			Planear experimentos conductuales para apoyar el cambio cognitivo.
3	Desarrollar la habilidad de activarse frente a los sentimientos negativos.	Activación conductual	<p>Evaluar los problemas conductuales que serán abordados.</p> <p>Explicar al participante el ciclo de la depresión desde el modelo de la activación conductual.</p> <p>Identificar y comentar aquellas conductas que se busca que incrementen.</p> <p>Seleccionar al menos una conducta para someterse a la activación.</p> <p>Realizar solución de problemas a fin de orientar al participante a identificar posibles barreras para el desempeño de la conducta seleccionada y posibles alternativas de solución, para concluir con un plan elaborado.</p> <p>Revisar lo acontecido y verificar la ejecución de la conducta seleccionada.</p>
4	Brindar una herramienta de auto regulación emocional	Técnica de relajación: Respiración diafragmática o labios fruncidos	<p>Brindar información acerca de la importancia de reconocer las emociones y la intensidad de las mismas.</p> <p>Explicar al participante las estrategias de afrontamiento adaptativas y des adaptativas ante la emoción.</p> <p>Entrenar al participante en una técnica de relajación.</p>

Es importante mencionar que se trató de contar con la mayor cantidad de mediciones de línea base, sin embargo, debido a las características del espacio donde fue llevado a cabo este estudio y a las condiciones propias del servicio de urgencias, tener más mediciones representaba un riesgo a la viabilidad, ya que, existía la posibilidad de una alta deserción.

Cada sesión tenía una duración de 90 minutos aproximadamente y se programaba una semanalmente durante el periodo de mayo a octubre del 2018. Al ser una intervención modular, una vez que los participantes completaban las actividades propuestas para cada uno, se consideraba podría para pasar al siguiente.

Para garantizar la integridad del tratamiento se creó un manual de intervención (https://drive.google.com/file/d/1uyJIf194gcqaow_AtBOLP_j4LS-SEtDa/view?usp=sharing) para terapeutas donde se adaptó las intervenciones de los autores consultados para las técnicas. En la figura 5 se muestra el Mapa de Alcance de Metas considerado para el manual, así como las principales metas que se consideraron con el objetivo de disminuir la sintomatología depresiva. Este mapa fue creado considerando la propuesta de Nezu et al. (2006), donde puede apreciarse que se contemplan los elementos, cognitivos, conductuales y emocionales descritos con anterioridad en los módulos de la intervención.

Además de la creación del manual, como medida adicional se reclutaron a coterapeutas que contaban con una lista de cotejo de las acciones específicas que el terapeuta debía desempeñar para cada módulo, al mismo tiempo, fueron los coterapeutas los encargados de realizar las mediciones en cada una de las sesiones.

Figura 5: Mapa de alcance de metas general

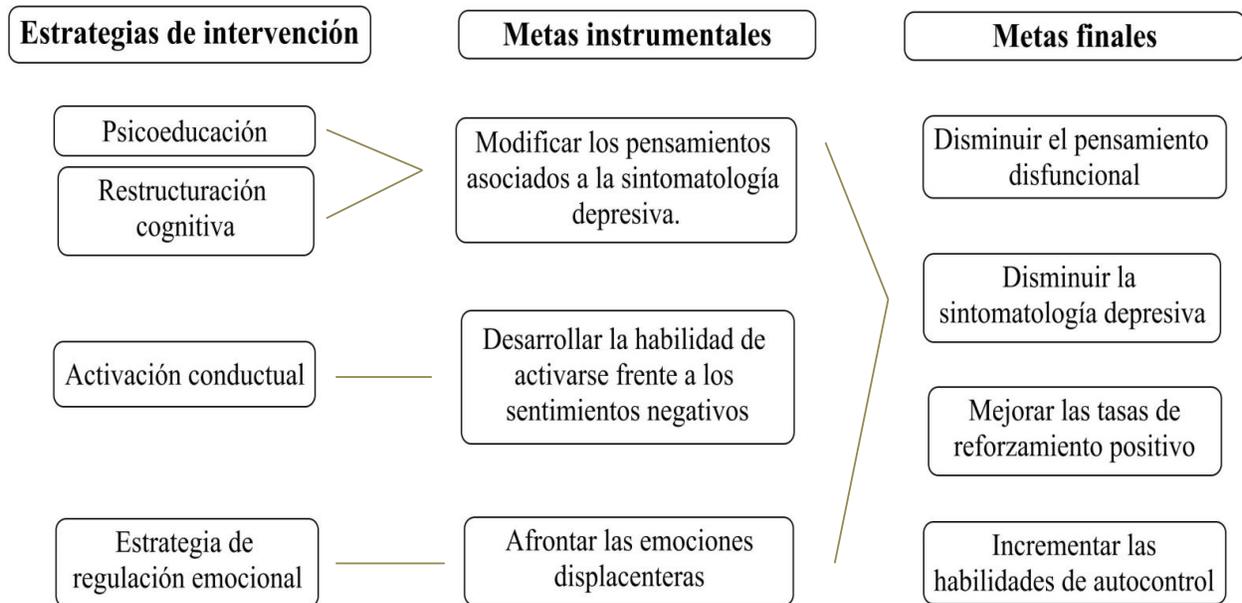


Figura 5: En cada figura se muestran las estrategias de intervención propuestas para cada meta instrumental, así como las metas finales que perseguía la intervención agrupadas según la propuesta de Nezu et al.(2006).

Factores relacionados con el terapeuta

Para mejorar la adherencia se consideraron las propuestas de Norcross y Wampold (2011) sobre los factores interpersonales que debe fomentar un terapeuta: alianza terapéutica, empatía, consenso en las metas y consideración positiva por el participante. Para las estrategias específicas de aplicación de estos elementos dentro del contexto terapéutico se utilizó la propuesta de Cormier y Cormier (1998), debido a que estos autores describen una serie de conductas y estrategias de escucha activa que debe desempeñar el terapeuta, y que a su vez, permiten desarrollar los elementos antes mencionados por Norcross y Wampold (2011).

La intervención fue proporcionada por una residente del programa de maestría de la Universidad Nacional Autónoma de México especialista en Medicina Conductual. A su vez estaba acompañada por un coterapeuta, este rol lo tomaron 3 alumnos de pregrado quienes recibieron capacitación previa en la evaluación y técnicas de intervención de este estudio por al menos 3 meses, se tomó como criterio de dominio cuando podían realizarlas en un juego de roles de evaluación. La terapeuta también recibió supervisión por los responsables de su formación en el programa de maestría para reducir el impacto de los sesgos en la toma de decisiones, adicional a la construcción del manual de intervención que brindó una estructura similar a todos los casos.

Para medir la adherencia al tratamiento se tomó en cuenta la asistencia a las sesiones terapéuticas, todos los participantes concluyeron las sesiones acordadas. Como medida adicional se utilizaron mensajes antes de cada sesión como recordatorio de la cita y con un participante se añadió también llamadas entre sesiones, con este mismo propósito.

En la Tabla 3 se muestra de forma detallada el número de sesiones por cada componente, cabe señalar que en la participante número 2 se requirió dar una técnica adicional para mejorar la adherencia al tratamiento médico.

Para mejorar la adherencia de esta participante se optó por la estrategia descrita por Safren, Gonzalez y Soroudi (2007) en su manual de tratamiento para pacientes con enfermedades crónicas degenerativas con sintomatología depresiva nombrada “Pasos Vitales”, con esto pudo notarse cambios en la medición de glucosa después de la intervención medida por el método enzimático rutinario utilizado por el hospital para registrarlo.

También es importante mencionar que se notaron cambios en el autoregistro conductual mejorando aspectos como medicación y ejercicio, aumentando la frecuencia con la cual se

ejercitaba y se aplicaba la insulina.

Tabla 3

Características de la terapia por participante

Participante	Total de sesiones	Sesiones	Sesiones	Sesiones	Sesiones	Observaciones
		Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4	
Caso 1	8	1	3	2	2	
Caso 2	11	1	3	3	3	Se dio sesiones extra de la técnica de “Pasos vitales”.
Caso 3	10	1	3	4	2	La paciente mejoró sus mediciones de glucosa Pre: 600(ml/dl) Post: 110(ml/dl) Se requirieron llamadas telefónicas de seguimiento para mejorar la asistencia.
Caso 4	8	1	3	2	2	

Nota: Los componentes tuvieron el orden en que están enlistados

Diseño del estudio

Se utilizó un diseño experimental de caso único ($n=1$) de tipo A-B con seguimientos hasta de un mes (Kazdin, 2011). Durante la primera fase (A) no se dio intervención, solamente se hizo la evaluación y formulación del caso, esta duró 3 semanas correspondió a la línea base. Posteriormente durante la segunda fase (B) se procedió a otorgar la intervención antes descrita, y a realizar los seguimientos hasta 4 semanas posteriores a la intervención.

El número mínimo de mediciones base se retomó de lo descrito por Kratochwill (et al., 2010) donde se propone que en la mayoría de los estudios, el control experimental se demuestra cuando el diseño documenta tres demostraciones del efecto experimental en tres puntos diferentes en el tiempo con un solo caso (replicación dentro del caso). Los autores mencionan que este criterio de tres repeticiones se ha incluido en los estándares requeridos para que los estudios se han considerado con “evidencia”, aunque no hay una base formal para la recomendación, si no que representa una norma conceptual para estos diseños.

Es importante mencionar que se optó por este diseño debido a la conveniencia clínica, ya que permite identificar variables individuales a considerar para posteriormente desarrollar modelos más robustos, además de que flexible y adaptable, lo cual lo convierte en una excelente opción para este tipo de estudios exploratorios (Kratochwill et al., 2010).

También posee conveniencia ética, ya que, aunque los posibles efectos negativos de una intervención de esta índole son mínimos pueden notarse en el desempeño individual de cada participante durante el desarrollo de la propuesta (Ledford y Gast, 2018). Por último se eligió este diseño debido a la viabilidad que representa para el contexto del servicio de urgencias médicas.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se eligió optar por un análisis visual acompañado de un análisis estadístico para la variable principal (sintomatología depresiva), así mismo se reportó un análisis de cambio clínico con los resultados pre y post intervención de esta misma variable. A continuación se describen ambos procedimientos:

Análisis visual: Este tiene como objetivo para determinar si existe evidencia de una relación entre una variable independiente y una variable de resultado y la fuerza o magnitud de esa relación (Kratowill et al., 2010). Como se mencionó anteriormente una relación causal inferida requiere que los cambios en la medida de resultado resulten de la manipulación de la variable independiente y se documenten al menos tres demostraciones de un efecto en un mínimo de tres puntos diferentes en el tiempo. Para este estudio se consideró un efecto cuando el patrón de datos de la intervención o fase B, difería más de lo que se esperaría del patrón de datos observado en la línea base o fase A. Para el análisis visual se utilizó la herramienta de Excel y las recomendaciones de Dixon et al. (2009) para graficar los resultados. Durante este análisis se buscó la reducción de la sintomatología depresiva durante la fase de intervención y se comparó con los datos obtenidos durante la línea base (Kazdin, 2011).

Análisis estadístico: A pesar de la controversia de utilizar estadísticos no paramétricos para calcular el tamaño del efecto de un diseño de caso único diversas convenciones entre grupos de expertos en el área han recomendado utilizar métodos estadísticos cuando se proporciona una justificación para su conveniencia (Tate et al., 2017), en este estudio era fundamental para poder dar una noción de la eficacia de la intervención en reducir la sintomatología. Para este estudio se eligió la no sobreposición de todos los pares (NAP por sus siglas en inglés), para calcular el

tamaño del efecto un índice de superposición de datos entre fases en la investigación de un solo caso (Parker y Vannest, 2009). Se optó por este debido a que se demostró en el campo con 200 contrastes AB publicados, además de que ha mostrado buena validez concurrente al ser comparado con otros tres índices basados en la no superposición: PND (porcentaje de no superposición de datos), PEM (porcentaje de puntos de datos que exceden la mediana) y PAND (porcentaje de todos los datos no superpuestos), así como r^2 de Pearson. Para calcular el efecto se utilizaron las puntuaciones del instrumento HADS en una calculadora virtual (Vannest, Parker, Gonen y Adiguzel, 2016) para analizar el tamaño del efecto de acuerdo al NAP y la significancia estadística del mismo, y se consideraron los siguientes rangos efecto débil: 0-.65; efecto medio: .66-.92; efecto fuerte: .93-1.0 (Parker & Vannest, 2009).

Significancia clínica: para este estudio se consideró calcular la significancia clínica con el objetivo de reportar una medida que diera cuenta de la importancia práctica de cambio del paciente que se produce como consecuencia de la intervención (Cardiel, 1994). Esta medida tiene como ventaja que permite evaluar a través del síntoma, por tanto muestra el grado en que el efecto del tratamiento denota mejoría en la sintomatología y por tanto en el funcionamiento. Para calcularla se utilizó las puntuaciones pre y post del PHQ-9 para calcular Cambio Clínico Objetivo (Cardiel, 1994) donde se consideró que los cambios superiores a 0.20 son clínicamente significativos.

Resultados

En las figuras 6,7, 8 y 9 se muestran los puntajes del HADS de depresión (HADS-D) que fueron recolectados y graficados para su inspección visual durante la línea base, tratamiento y seguimiento. El punto de corte se ubicó para un puntaje de 7 y el máximo a obtener era 18.

En la figura 5 se muestra los puntajes obtenidos por el participante identificado como Caso 1. El análisis visual de los datos, muestra que durante la línea base no se observaba ningún patrón que indicará que la sintomatología tuviese una tendencia clara a incrementar o disminuir.

Figura 6: Resultados de sintomatología depresiva del Caso 1

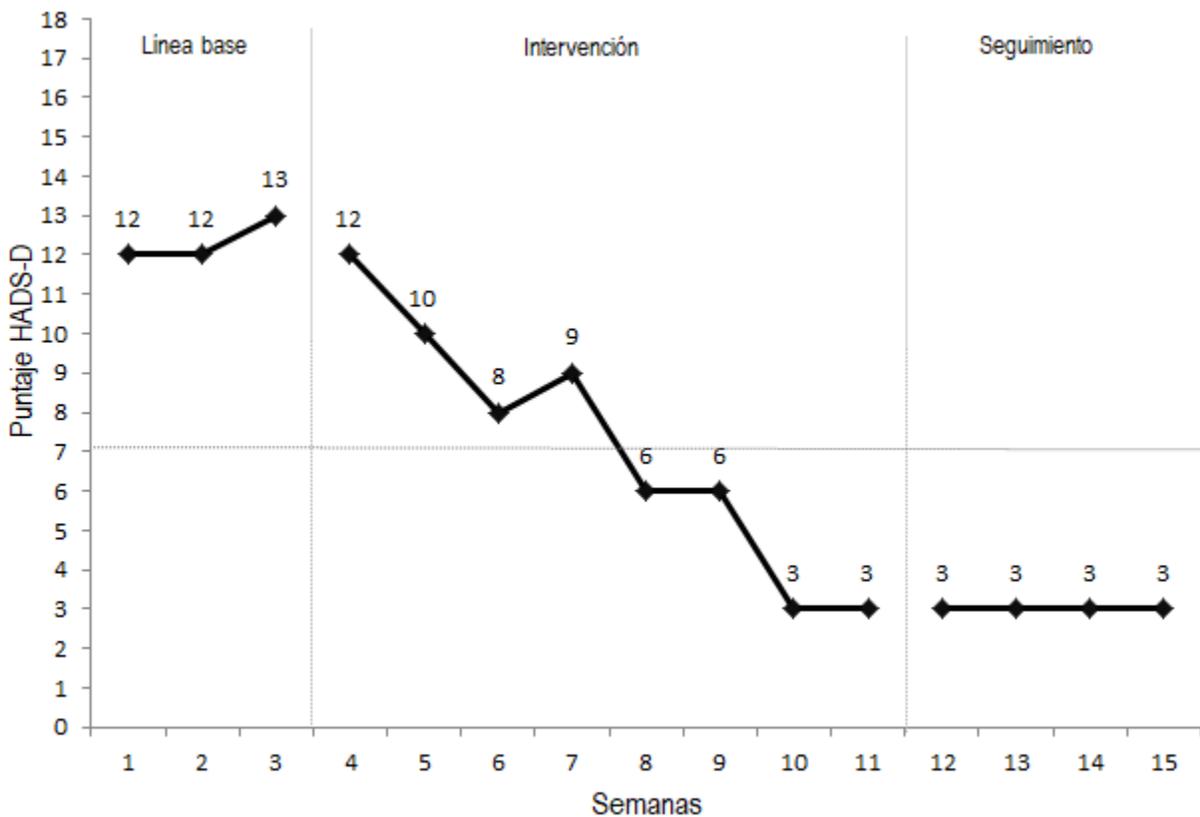


Figura 6: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las diferentes fases, mientras que en el de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Con línea punteada horizontal se muestra el punto de corte propuesto por el instrumento.

También es posible apreciar que existía sintomatología depresiva debido a que los puntajes (12,12 y 13) se encontraban fuera del rango de normalidad (7) conforme la intervención dio inicio se puede notar un decremento en la sintomatología que fue gradual a excepción de la medición siete (9) que correspondía a la sesión número 4 dentro del módulo de reestructuración cognitiva. Al final de la intervención el puntaje se mantuvo por debajo del punto de corte (3) y se mantuvo durante el seguimiento, logrando una estabilidad en las últimas mediciones (3).

En la figura 7 se muestra los puntajes obtenidos por la participante identificada como Caso 2, como puede observarse durante la línea base tampoco se observa ningún patrón y se cuenta con sintomatología depresiva (8,7,8) que apenas rebasa el punto de corte (7)

Figura 7: Resultados de sintomatología depresiva del Caso 2

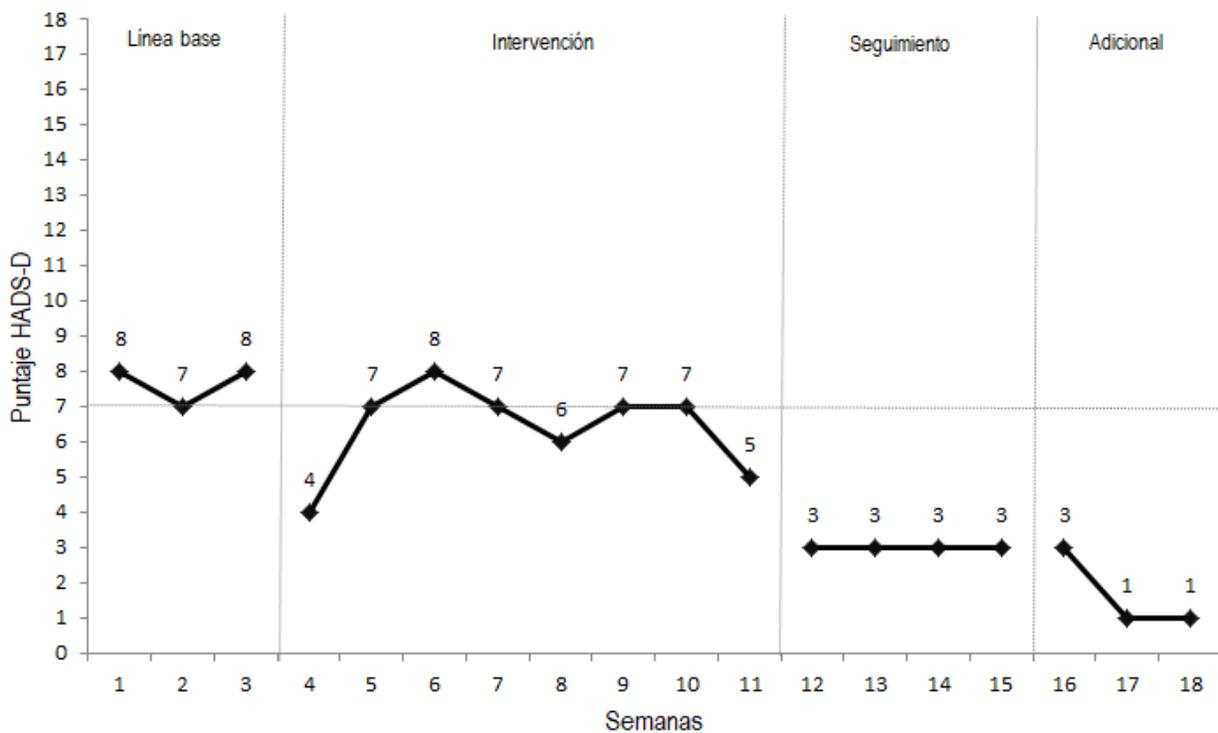


Figura 7: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las diferentes fases, mientras que en el de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Con línea punteada horizontal se muestra el punto de corte propuesto por el instrumento.

Sin embargo, en el transcurso entre la línea base y la primera semana de intervención se muestra una mejoría en el puntaje (4), que al ser indagada corresponde con el reporte verbal de un viaje, no obstante a tendencia de las puntuaciones se estabiliza (7,8,7) en las semanas posteriores y vuelve a fluctuar durante el desarrollo de los módulos (6,7,7).

Al final de la intervención y durante el seguimiento se puede notar como el puntaje (7,5,3) indica una disminución de la sintomatología depresiva y se mantiene (3) por debajo del punto de corte (7).

Se reporta como adicional las tres sesiones extra que se le otorgaron posterior a la intervención para mejorar su adherencia al tratamiento médico, no obstante el registro adicional confirma la tendencia a disminuir el puntaje (3,1,1).

En la figura 8 se puede observar el puntaje obtenido por la participante identificada como Caso 3, en esta línea base no se muestra, de igual forma, una tendencia y el puntaje corresponde con la existencia de sintomatología depresiva que rebasa el punto de corte (7).

Se puede notar como el puntaje inicial (10) tiende a disminuir y a mantenerse por debajo de criterio de normalidad (7) después de la intervención (3)

Cabe señalar que se notó un incremento del puntaje en la medición 8 (9) que corresponde al módulo de reestructuración cognitiva, sin embargo la participante reportó dificultades familiares especialmente importantes esa semana, que probablemente modificaron el resultado presentado y que corresponde al aumento en la puntuación (9) y posterior retorno a un valor similar al de la semana que precedió el incidente (3). El puntaje de todos los seguimientos fue el mismo (3) y se mantuvo.

Figura 8: Resultados de sintomatología depresiva del Caso 3

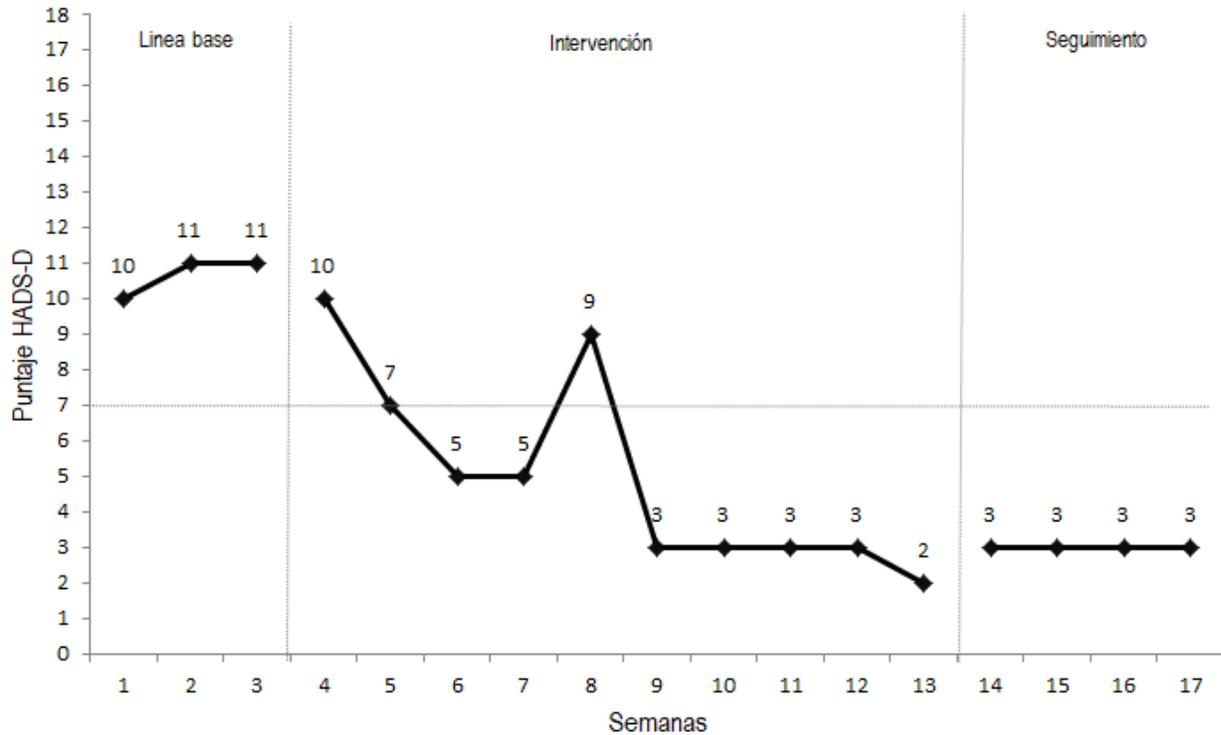


Figura 8: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las diferentes fases, mientras que en el de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Con línea punteada horizontal se muestra el punto de corte propuesto por el instrumento.

En la figura 9 se muestra los puntajes obtenidos por el participante identificado como Caso 4, también es posible apreciar como los calores de la línea base no muestran una tendencia y el valor obtenido se encuentra justo en el punto de corte (7).

Siguiendo esta línea mediante el análisis visual de los datos podemos notar como el participante se encontraba en el punto de corte al inicio de la intervención (7), sin embargo tampoco se notaba una tendencia en la sintomatología depresiva.

Durante el desarrollo de la intervención puede notarse una disminución de la sintomatología progresiva y que se mantiene hasta desaparecer en la última medición (0), sin

embargo incrementa durante los seguimientos (1), no obstante se mantiene por debajo del punto de corte propuesto (7)

Figura 9: Resultados de sintomatología depresiva del Caso 4

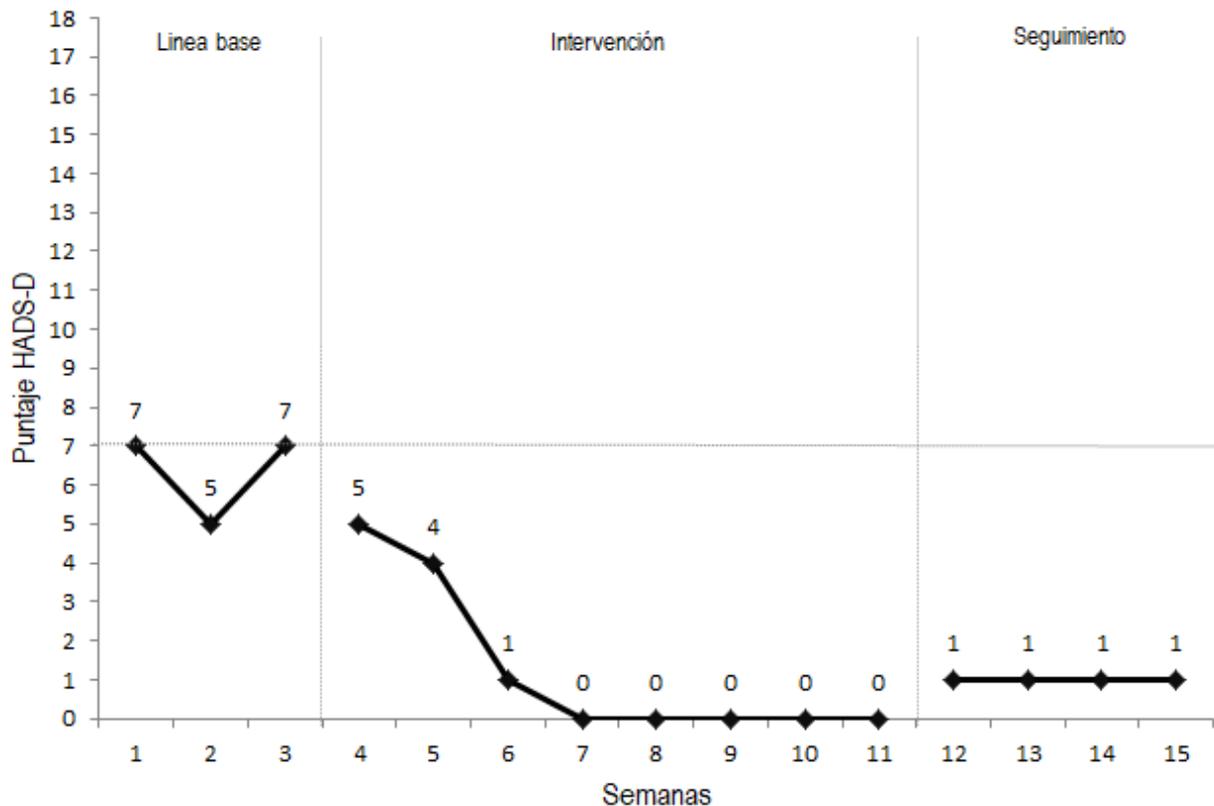


Figura 9: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las diferentes fases, mientras que en el de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Con línea punteada horizontal se muestra el punto de corte propuesto por el instrumento.

Como generalidad, puede observarse que en todos los participantes mediante el análisis visual se detecta una reducción de los puntajes, ya que, ninguno de ellos volvió a presentar valores similares a los de sus líneas base durante el seguimiento, y se mantuvieron estables en las últimas mediciones en más de tres puntos lo cual sugiere un efecto de la intervención sobre la variable independiente.

En cuanto a los resultados pre y post intervención en la Figura 10 se muestran los resultados obtenidos de acuerdo al instrumento PHQ-9, como puede observarse al inicio todos los participantes presentaban un puntaje superior al del rango de normalidad (4) propuesto por el instrumento, sin embargo, todos lograron disminuir ese puntaje y mantenerlo por debajo del rango en la medición de seguimiento. En la evaluación pre el Caso 4 contaba con un puntaje que correspondía a sintomatología leve (6), al igual que el caso 1 y 3 moderado (9), solo el caso 2 contaba con sintomatología que podía ser moderada (13). En la evaluación post todos los casos lograron obtener un puntaje que es considerado como ausencia de la sintomatología (2).

Figura 10: Puntajes de sintomatología depresiva para los participantes: pre y post

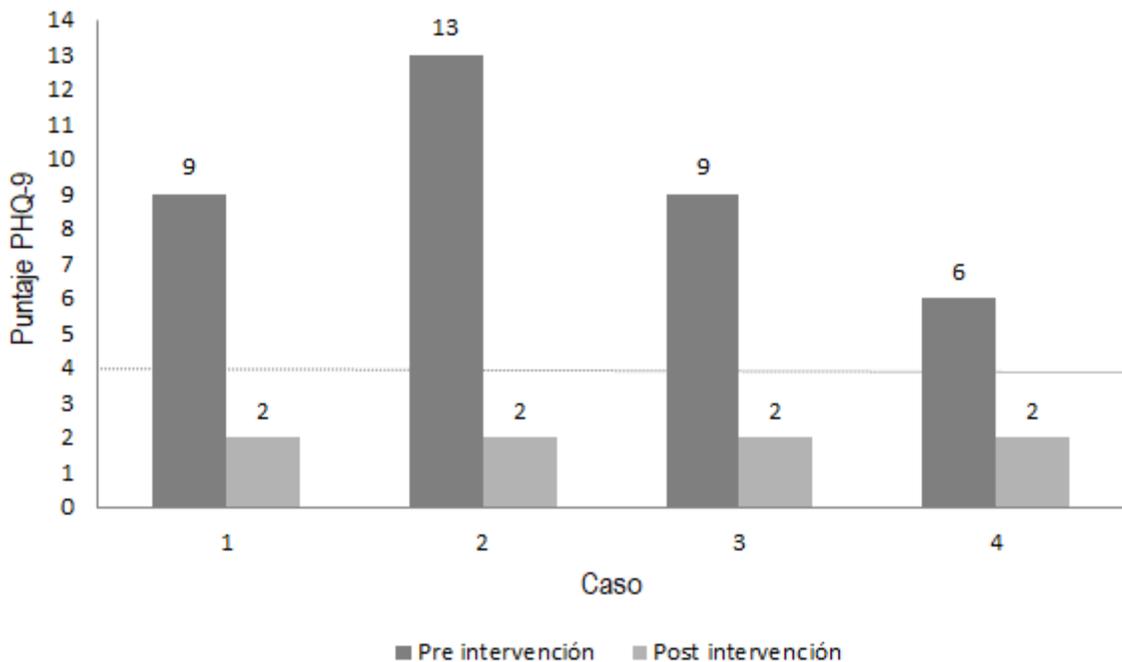


Figura 10: En el eje de las abscisas se muestra los resultados por caso diferenciados por color siendo el más oscuro el puntaje antes del tratamiento y el más claro después. En el eje de las ordenadas se muestra el puntaje crudo total. Con una línea punteada horizontal se muestra el punto de corte para indicar la presencia de sintomatología depresiva de acuerdo al instrumento.

En cuanto al análisis del tamaño del efecto, en la Tabla 4 se muestran los puntajes

obtenidos en la herramienta virtual antes mencionada y su nivel de significancia estadística. En todos los casos el tamaño del efecto fue estadísticamente significativo y solo en el Caso 3 el tamaño del efecto fue medio en los demás fue fuerte. Este cálculo se basó solo en los datos de sintomatología depresiva por el instrumento HADS – D.

Tabla 4

Tamaño del efecto (NAP)

Caso	NAP	Valor de P	Tamaño del efecto
1	0.9722*	0.0141	Efecto fuerte
2	0.8889*	0.0433	Efecto medio
3	0.9861*	0.0115	Efecto fuerte
4	0.9881*	0.0098	Efecto fuerte

Nota: * $p \leq 0.05$

En cuanto a la significancia clínica en la tabla 5 se muestran los resultados del cálculo del Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (1994) donde al ser la sintomatología depresiva una variable de deterioro el signo negativo implicaría la mejoría clínica que fue se muestra en todos los participantes, ya que todos los puntajes son mayores a 0.20.

Tabla 5

Significancia clínica (CCO)

Caso	Cardiel	Mayor a 0.20	Interpretación
1	-0.778	Sí	Mejoría clínica
2	-0.846	Si	Mejoría clínica
3	-0.778	Si	Mejoría clínica
4	-0.66	Si	Mejoría clínica

Nota: Se espera que el signo sea negativo debido a la variable.

En cuanto a lo reportado por los registros de pensamiento en la Tabla 6 se muestran los pensamientos modificados por los participantes, es importante mencionar que en casi todos se observa que los pensamientos tienden a ser negativos y rígidos (“Si no trabajo para que sirvo”), lo cual corresponde con la sintomatología depresiva. En la columna de la derecha se encuentran los pensamientos alternativos que fueron sometidos a un experimento conductual, en todos los casos los participantes reportaron que el nuevo pensamiento parecía creíble para ellos (“No puedo trabajar como antes, pero hay cosas en casa que me necesitan”).

Tabla 6. *Resultados de la reestructuración cognitiva*

Caso	Pensamiento a modificar	Pensamiento alternativo
1	“Si no trabajo para que sirvo” “Esta enfermedad es un castigo”	“No puedo trabajar como antes, pero hay cosas en casa que me necesitan” “Hice muchas cosas para enfermarme y ahora debo poner mis esfuerzos en sentirme mejor”
2	“Odio estar sola” “El matrimonio debe durar para siempre”	“No me gusta estar sola, es muy desagradable, pero puedo hacer algo para sentirme mejor” “El matrimonio dura, siempre y cuando haya respeto y consideración al otro”
3	“Nunca voy a ser libre” “No tengo derecho a quejarme si estoy bien, nada me pasa ahorita”	“No puedo hacer lo que quiero siempre, pero yo decido a donde va mi vida” “Puedo decirle a los demás como me siento, hay personas importantes a las que contarles me ayuda”
4	“Las personas que me aman deberían tratarme bien siempre” “Si yo doy un cien en las relaciones los demás deben hacer lo mismo”	“Aunque las personas me amen, también pueden lastimarme, aunque no sea su intención, eso no significa que me amen menos” “Trataré de dar lo mejor de mí, pero daré solo lo que pueda dar, sin herirme, y los demás, me darán solo que puedan darme”

Nota: Se retomaron aquellos pensamientos que fueron puestos a prueba

En cuanto a los registros conductuales para el Módulo 3 de activación conductual se propuso un registro de frecuencia, donde el máximo de emisiones por semana se estableció para

cada paciente. Cabe señalar que todas las conductas descritas se componían de pequeñas conductas encadenadas, por ello se buscaba una constancia de máximo 5 emisiones por semana.

En la figura número 11 se muestran los resultados obtenidos por el participante identificado como Caso 1. Para poder desempeñar la conducta sometida a activación conductual el paciente debía desempeñar al menos cinco conductas más, que iban desde preparar el tema de la reunión con antelación hasta levantarse temprano para disponer de más tiempo. Se convino el criterio de tres emisiones semanales debido a que el paciente fue diagnosticado con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y sufría de agotamiento, por lo cual se llegó a un número que le era cómodo. Para que el paciente pudiese registrar cómo emitida la conducta debía permanecer al menos 40 minutos en la reunión y hacer por lo menos tres participaciones al grupo. Al final el paciente fue capaz de cumplir con el criterio de logro en al menos tres mediciones.

Figura 11: Emisiones de la conducta planeada “Asistir a reuniones” del Caso 1.

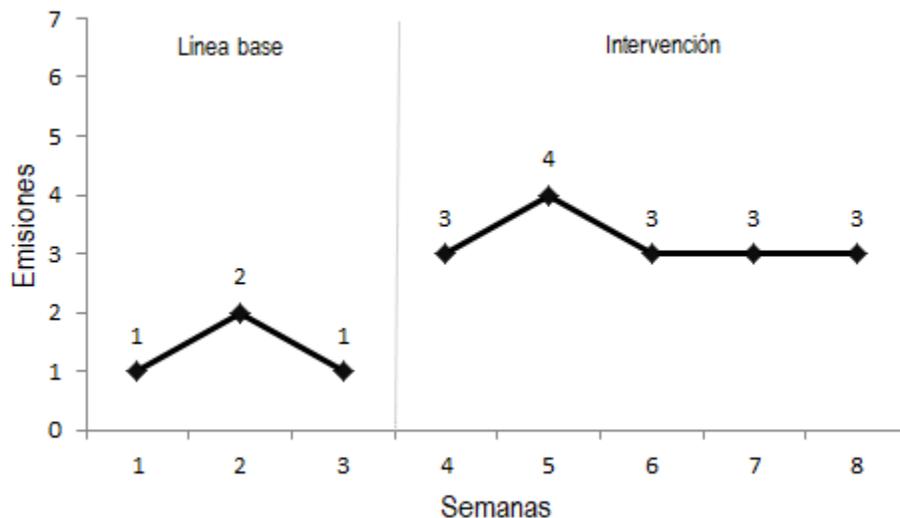


Figura 11: En el eje de las abscisas se muestra las semanas transcurridas durante la aplicación y seguimiento de la técnica de activación conductual. En el eje de las ordenadas se muestra el número de veces que el participante emitió la conducta. Para este participante el número de emisiones convenido fue 3.

En la Figura 12 se muestran los resultados de la paciente identificada como Caso 2. Para poder desempeñar la conducta sometida a la técnica de activación conductual la paciente debía por lo menos desempeñar 5 conductas más, que iban desde preparar su ropa deportiva hasta preparar la comida con antelación para disponer de ese tiempo libre.

Para que pudiera registrar como emitida la conducta, se le puso como requisito que caminará cuando menos 20 minutos e hiciera 5 minutos a paso lento de escalera. Se acordó con ella que el criterio de logro de la técnica serían 5 emisiones semanales. La paciente tuvo dificultades para llegar a este criterio debido a que durante la aplicación de la técnica tuvo importantes conflictos familiares, sin embargo, logró el criterio de logro y lo mantuvo al menos tres semanas.

Figura 12: Emisiones de la conducta planeada “Salir a caminar” del Caso 2.

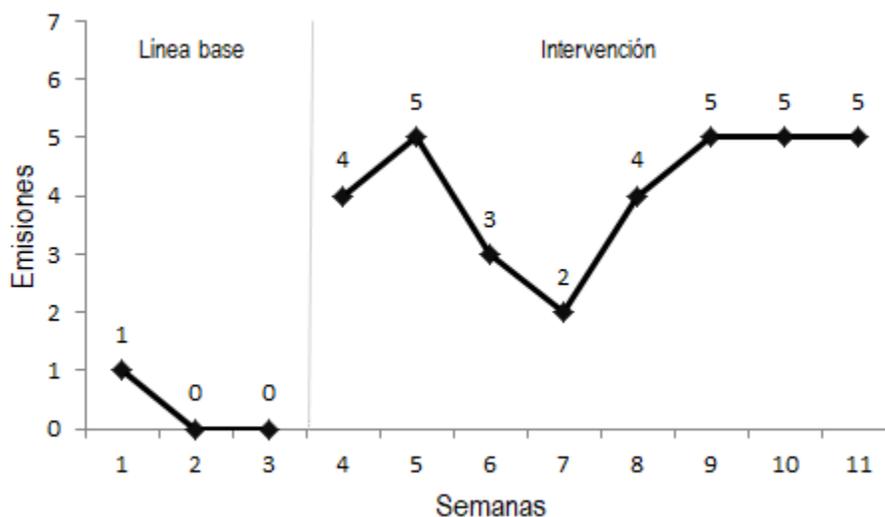


Figura 12: En el eje de las abscisas se muestra las semanas transcurridas durante la aplicación y seguimiento de la técnica de activación conductual. En el eje de las ordenadas se muestra el número de veces que la participante emitió la conducta. Para esta participante el número de emisiones convenido fue 5.

En la Figura 13 se muestran los resultados para la paciente identificada como Caso 3, en ella la conducta sometida a la técnica de activación conductual conllevaba desempeñar cuando menos 5 conductas más, que iban desde ordenar el cuarto donde iba a escribir hasta terminar de cocinar con anterioridad para disponer de tiempo suficiente.

Para que la participante pudiera registrar como emitida la conducta se le pedía que escribiera cuando menos veinte minutos al día y por lo menos media cuartilla. Se acordó con ella como criterio de logro al menos 5 emisiones semanales.

Como puede notarse en la figura la paciente fue aumentando la emisión de la conducta hasta llegar al criterio de logro el cual mantuvo en al menos tres mediciones.

Figura 13: Emisiones de la conducta planeada “escribir un diario” del Caso 3.

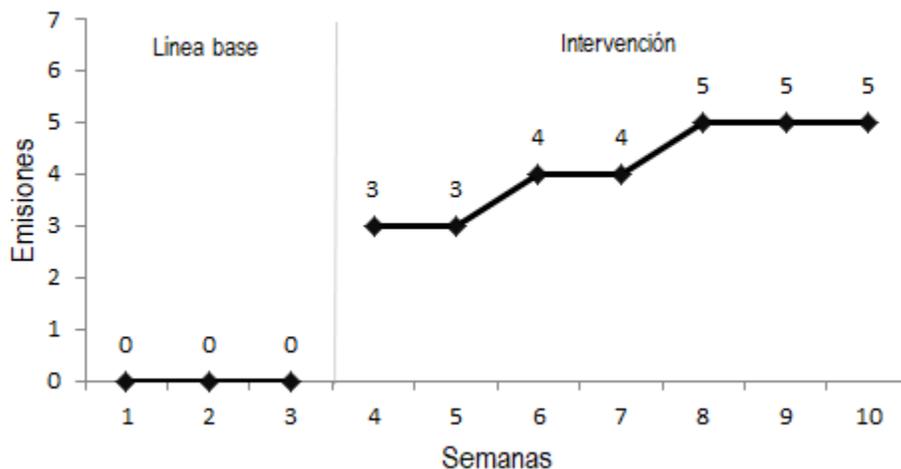


Figura 13: En el eje de las abscisas se muestra las semanas transcurridas durante la aplicación y seguimiento de la técnica de activación conductual. En el eje de las ordenadas se muestra el número de veces que la participante emitió la conducta. Para esta participante el número de emisiones convenido fue 5.

En la figura 14 se muestra los resultados para el participante identificado como Caso 4, para poder desempeñar la actividad el participante debía desempeñar al menos 4 conductas más

desde realizar sus deberes domésticos con antelación hasta preparar su dosis de insulina antes de iniciar la caminata. Para que pudiera registrar como emitida la conducta, se le puso como requisito que caminará cuando menos 20 minutos e hiciera 5 minutos extra con paso rápido. Se acordó con él que el criterio de logro de la técnica serían 5 emisiones semanales. Como se observa en la figura el participante fue capaz de mantener el criterio de logro por al menos tres mediciones y desempeñar las conductas 5 veces a la semana.

Figura 14: Emisiones de la conducta planeada “salir a caminar” del Caso 4.

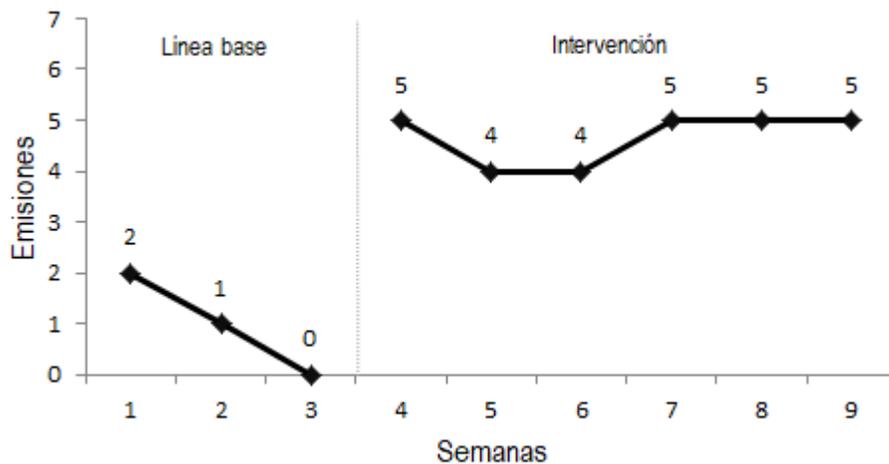


Figura 14: En el eje de las abscisas se muestra las semanas transcurridas durante la aplicación y seguimiento de la técnica de activación conductual. En el eje de las ordenadas se muestra el número de veces que el participante emitió la conducta. Para este participante el número de emisiones convenido fue 5.

En general todos los participantes lograron al menos tres mediciones con el criterio de logro acordado durante la técnica de activación conductual, la mayor parte de ellos reportó dificultades iniciales para poder encadenar las conductas que se requerían para emitir la deseada, sin embargo el registró solo se inició cuando eran capaces de lograr la planeación acordada, con todas la conductas que se habían estipulado.

También se registró en los participantes una medida de sintomatología ansiosa otorgada

por el instrumento HADS – A, en ella se buscaba ver el desempeño de este dato aunque no fuera una variable sobre la que se incidiera directamente, sin embargo, se retomó como una variable alterna sobre la cual se podía retomar el análisis visual y estadístico.

En el participante identificado como Caso 1 se obtuvieron los puntajes mostrados en la figura 15 como puede notarse no hay una tendencia. Al inicio de la intervención el puntaje de sintomatología ansiosa rebasaba lo propuesto como punto de corte por el instrumento (7), y se mantuvo hasta el entrenamiento la técnica de labios fruncidos que corresponde con la medición 12 y 13 donde se observa una disminución del puntaje (4 y 3) que se mantuvo hasta el seguimiento donde el puntaje se mantuvo en al menos tres mediciones (3).

Figura 15: Resultados de sintomatología ansiosa del Caso 1

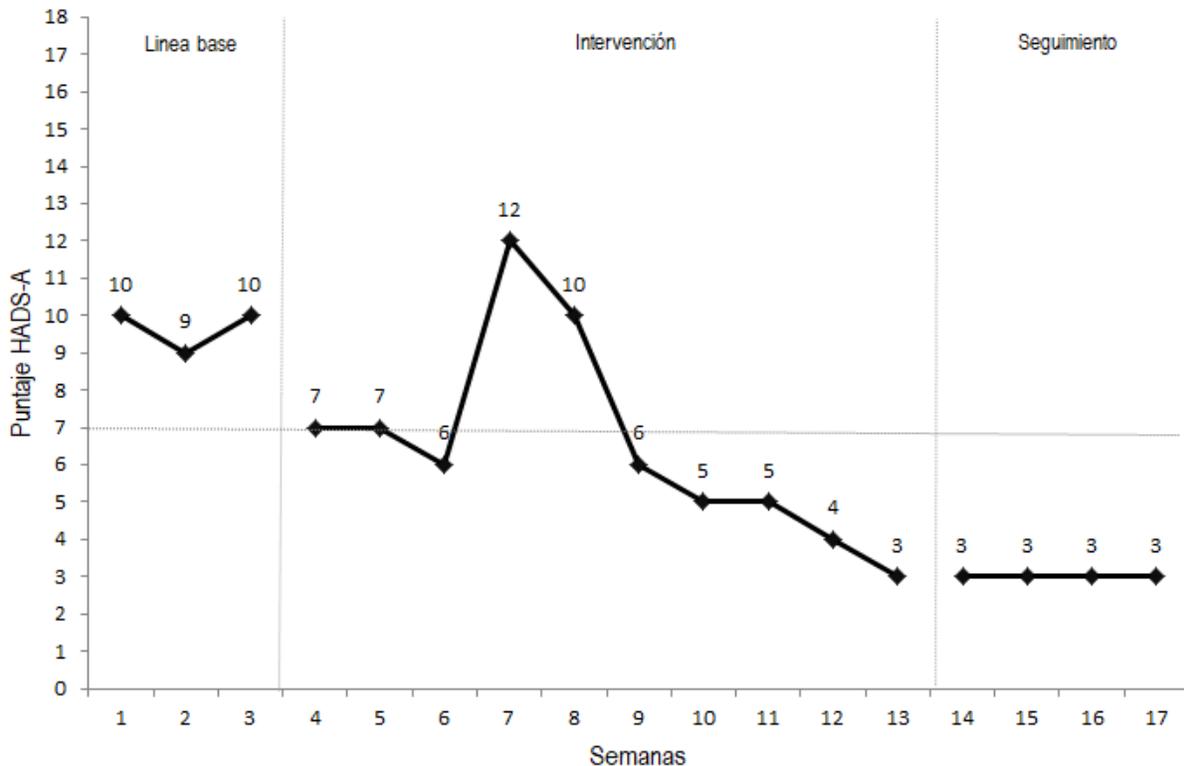


Figura 15: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las diferentes fases, mientras que en el de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Con línea punteada horizontal se muestra el punto de corte propuesto por el instrumento.

En el Caso 2, la participante obtuvo los puntajes reflejados en la Figura 16 donde se observa como desde el inicio de la intervención el puntaje no rebasaba el rango de normalidad y se mantuvo así durante casi toda la intervención, hasta la medición 10 y 11 donde se mostró un incremento que igualo en puntaje a la línea base (6 y 5) pero se mantuvo inferior al punto de corte (7).

En esta participante como se ha mencionado con anterioridad se experimentaron dificultades familiares graves hacia el final de la intervención y aunque recibió el entrenamiento en respiración diafragmática.

Figura 16: Resultados de sintomatología ansiosa del Caso 2

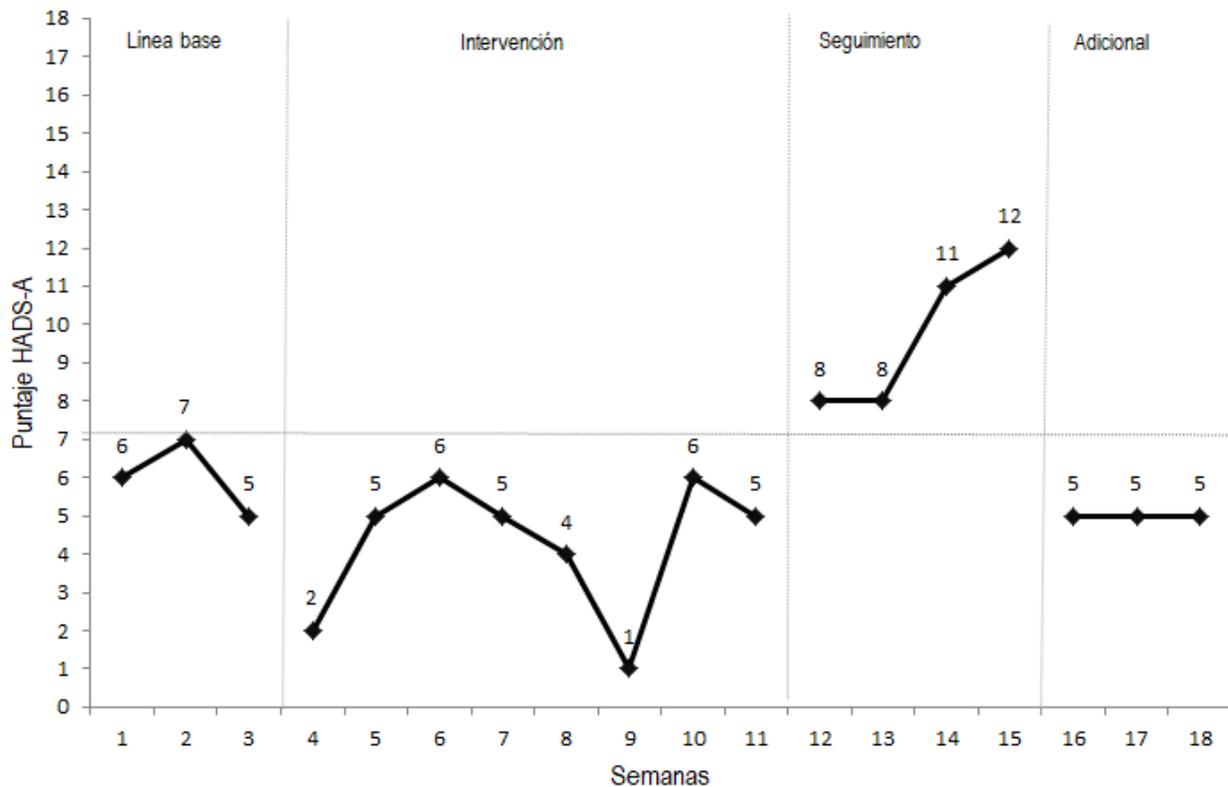


Figura 16: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las diferentes fases, mientras que en el de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Con línea punteada horizontal se muestra el punto de corte propuesto por el instrumento.

El puntaje parece indicar que la sintomatología aumentó en el seguimiento (11 y 12), para disminuir hasta el tratamiento adicional que se le otorgó para mejorar su adherencia donde volvió a un puntaje similar en la línea base (5) que no excedía el punto de corte. El reporte verbal de la paciente mencionó que practicó la técnica hasta la medición 13 y la suspendió por al menos 3 semanas debido a que se le dificultaba concentrarse y seguir las instrucciones, retomándola hasta la medición 16.

En el caso 3 los puntajes correspondientes a sintomatología ansiosa se encuentran en la Figura 17, donde se observa que durante la línea base no muestra una tendencia.

Figura 17: Resultados de sintomatología ansiosa del Caso 3

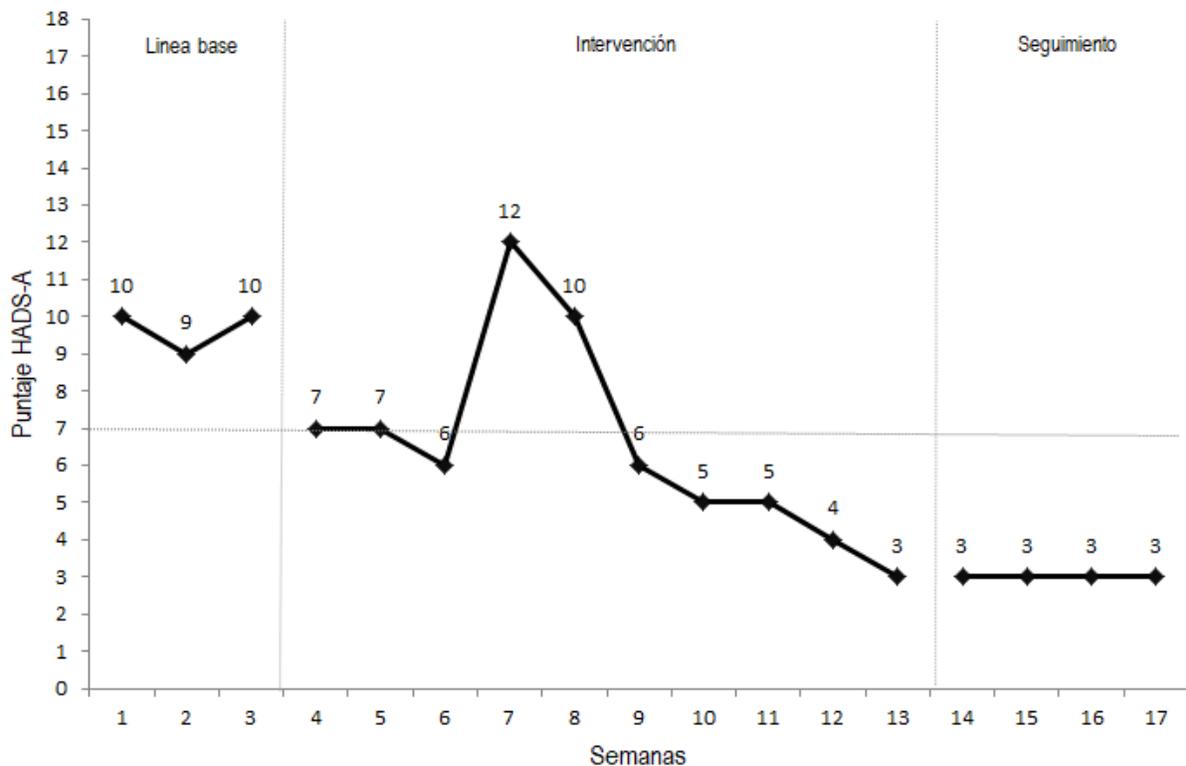


Figura 17: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las diferentes fases, mientras que en el de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Con línea punteada horizontal se muestra el punto de corte propuesto por el instrumento.

Sin embargo el puntaje no disminuye hasta casi la mitad de la intervención el puntaje de sintomatología ansiosa se encontraba por encima del rango de normalidad propuesto (7), sin embargo se nota un incremento en la medición 7 y 8 donde el puntaje incrementa (12 y 10), que coincide con el reporté verbal de la paciente de conflictos interpersonales que ella consideraba importantes, posteriormente se nota una disminución a partir de la sesión 12 que coincide con el entrenamiento en respiración diafragmática y el puntaje disminuye (4), mientras que se mantiene a lo largo del seguimiento (3).

En la figura 18 se muestran las puntuaciones obtenidas por el paciente obtenidas para ansiedad donde puede observarse que la línea base se muestra una tendencia plana, lo cual podría indicar que la sintomatología iba a modificarse, sin embargo no se tiene otra medición de línea base para saber cómo se comportaría.

Como puede notarse desde la línea base se encontraban puntuaciones de sintomatología ansiosa (10) por encima del punto de corte (7) y se mantienen hasta un poco más de la mitad de la intervención, y luego en la medición 10 tienden a disminuir (8 y luego 6), a la par que inicia el entrenamiento en respiración diafragmática y se mantienen por debajo del criterio hasta finalizar la intervención (5).

En el seguimiento puede notarse que la sintomatología disminuyó y se mantuvo en al menos tres mediciones (4), no obstante la tendencia de la línea base impide pensar que la intervención pudo afectar este resultado y parece más probable que la sintomatología pudo ser afectada por otras variables extrañas

Figura 18: Resultados de sintomatología ansiosa del Caso 4

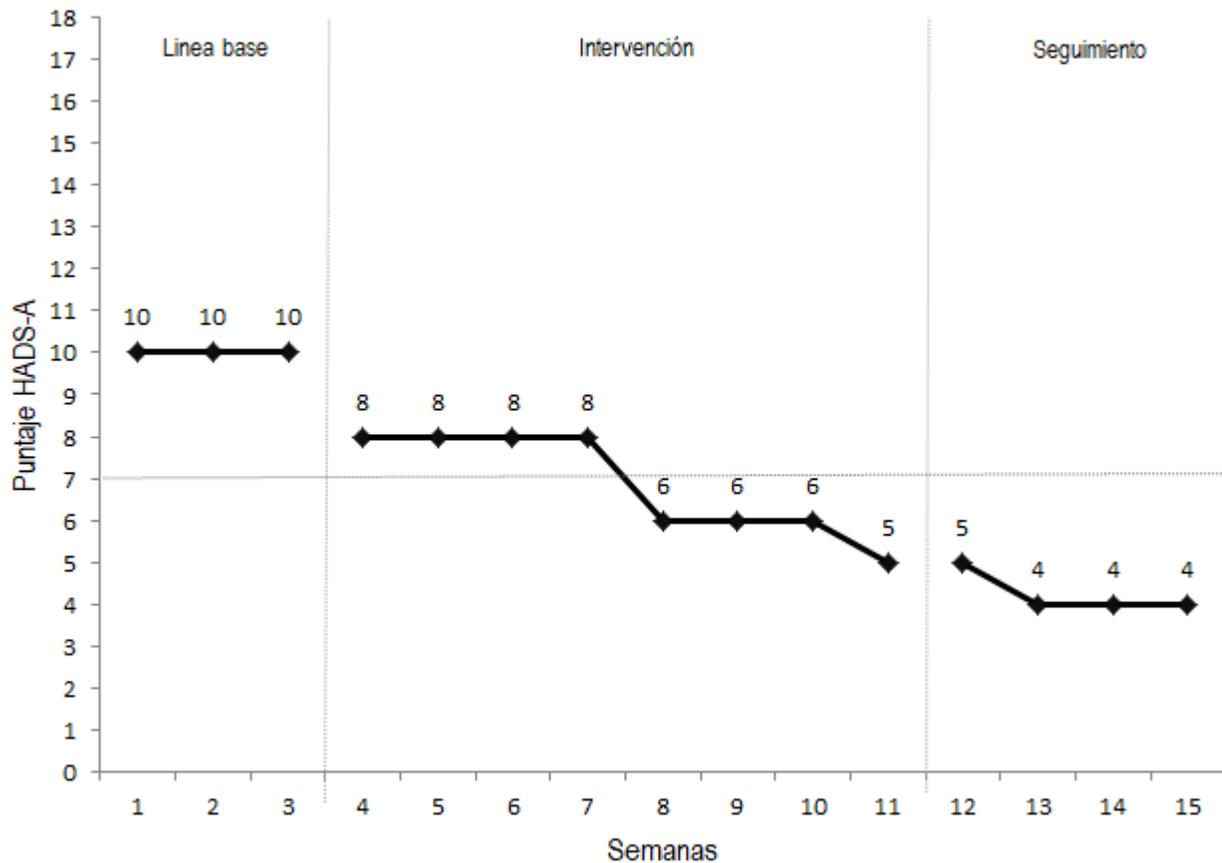


Figura 18: En el eje de las abscisas se muestra el número de mediciones realizadas durante las diferentes fases, mientras que en el de las ordenadas se muestra el puntaje crudo obtenido. Con línea punteada horizontal se muestra el punto de corte propuesto por el instrumento.

Como puede notarse las mediciones de sintomatología ansiosa fueron muy variables y reflejan al final una mejoría en tres participantes, en relación con el puntaje presentado en la línea base, y solo un mantenimiento en el Caso 2, donde el puntaje final coincide con una de las mediciones de esa misma línea base.

Se decidió no efectuar el análisis estadístico para todos los casos, debido a que en el caso 2 la sintomatología no excedía el punto de corte propuesto desde la primera medición, mientras que en el caso 4 la tendencia de los datos de la línea base podría afectar la medición. Por ello se

calculó solo el índice NAP para los casos 1 y 3 en relación al tamaño del efecto sobre la variable de ansiedad.

Para el caso 1 se obtuvo un tamaño del efecto medio pero no significativo (NAP= 0.8333; $p= 0.0833$). En cuanto al caso tres se obtuvo un tamaño del efecto medio estadísticamente significativo (NAP= 0.8810; $p= 0.0438$).

Discusión

El objetivo del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención psicológica sobre la sintomatología depresiva en pacientes usuarios del servicio de urgencias. De acuerdo con los resultados presentados es posible mencionar que la intervención tuvo un efecto positivo al reducir la sintomatología depresiva en todos los casos, además de que el tamaño del efecto obtenido fue de medio para un caso y fuerte para el resto, siendo todos estadísticamente significativos.

Este dato implica una reducción general en los puntajes de depresión (tanto en el HADS como en PHQ-9) posteriores a la intervención impartida, resultado congruente con lo encontrado por Richards et al. (2016) y sus colaboradores quienes sugirieron que intervenciones como la que aquí se describe suelen ser efectivas para aquellos pacientes que presentaban depresión subclínica. Una explicación tentativa de este resultado, es que estos participantes aún no presentan un grado de deterioro que los incapacite, en comparación con otros pacientes que cursan con un trastorno del espectro depresivo. Por lo tanto son más susceptibles al cambio, y al mismo tiempo, cuentan con más posibilidades de beneficiarse más rápido de las técnicas (Natera y González-Forteza, 2012).

Los resultados obtenidos mediante el uso del análisis visual y estadístico, así como de significancia clínica indican una reducción de la sintomatología depresiva que no se debe al azar y que muestra una mejoría en relación con la línea base. Es importante mencionar que estos datos son esperados un diseño de caso único, porque son particularmente apropiados para comprender como funcionó esta intervención bajo condiciones específicas y notar que en este caso tuvo un efecto favorable para los participantes (Kratowill et al., 2010).

También es importante mencionar que si bien la intervención fue adaptada y se creó un manual que se basó en otras propuestas, cuya eficacia ya había sido probada (Greenberger y Padesky, 1998; Lara-Cantu, 1996; Leahy, 2012; Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2013; Ruiz-Fernández, Díaz, y Villalobos, 2012; Safren, Gonzalez y Soroudi, 2007; Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012). Los autores de estos manuales mencionan que estas propuestas parecen ser muy útiles en el contexto psicológico debido a que parecen considerar los mecanismos por los cuales se origina y mantiene la sintomatología depresiva, desde tres grandes propuestas: la tríada cognitiva de Beck (1979), la disminución general de la actividad de Fester (1973) y la poca capacidad de regulación emocional (Gross y Thompson, 2007).

Teniendo en cuenta las propuestas antes mencionadas también se pudo observar un cambio en las cogniciones y conductas que los pacientes desempeñaban. Acorde a los resultados obtenidos puede apreciarse como al inicio de la intervención los cuatro casos presentaban pensamientos rígidos que favorecían estrategias de afrontamiento como la evitación, posteriormente, fue posible observar que se generaron pensamientos alternativos, que favorecían otro tipo de estrategias de afrontamiento como la solución de problemas. Es posible que este cambio fuera el esperado, ya que algunos autores mencionan que la modificación en estrategias de afrontamiento retroalimenta positivamente el cambio cognitivo, y este a su vez, consolida la validez de los nuevos pensamientos (Vazquez, Hervas, Romero y Criado, 2010). En cuanto a las conductas, los resultados sugieren que todos los participantes pudieron alcanzar un criterio de desempeño y planear con anterioridad un esquema que les permitiera obtener reforzamiento positivo del entorno al encadenar una serie de conductas. Esto coincide con las puntuaciones que denotan un mejor estado anímico, ya que podría pensarse que fueron capaces de activarse frente a los sentimientos negativos (Bianchi y Henao, 2015).

En algunas revisiones sistemáticas con meta análisis se apoya este supuesto mostrando como la Terapia Cognitivo Conductual, fundamentada básicamente en estas teorías clásicas, es eficaz para disminuir la sintomatología depresiva, inclusive en pacientes diagnosticados con algún trastorno del espectro depresivo. Sin embargo, hace énfasis en que no se tiene aún información suficiente para poder decir que es mejor que otras (Hunot et al., 2013; Sinohara et al. 2016).

La intervención, por otro lado, pareció tener buena aceptación en los participantes, ya que fue útil a pesar de la heterogeneidad de los mismos. Esto coincide con lo reportado por los autores Aragonés et al. (2013) en la guía clínica que realizaron, donde mencionaban que las personas que cursan con sintomatología depresiva tienen diferentes necesidades, y por ello, la intervención óptima debería ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las mismas. Probablemente la intervención modular funcionó bien, debido a que contemplaba esta gama de necesidades de atención (Aragonés et al., 2013).

Una de las preocupaciones evidentes de este estudio era la viabilidad de incorporar la atención psicológica en el contexto específico del servicio de Urgencias Médicas, donde aunque se había reportado la necesidad de atención para la sintomatología depresiva en la literatura, no se encontraba ningún antecedente directo (Abar, Hong, Aaserude, Holub y DeRienzo, 2017; Rhodes et al., 2007).

Parece que este diseño fue el apropiado para ser considerado como un estudio exploratorio, donde los potenciales participantes fueron aquellos que acudían al servicio de triage dentro de urgencias sin presentar ninguna complicación grave de salud que pusiera en riesgo su vida y función, es decir, su salud no se encontraba en inminente riesgo y son pacientes que no

requerían hospitalización. Además de que fueron canalizados por el personal médico cuando ya se tenía mucha claridad del diagnóstico y pronóstico.

Estos pacientes guardan muchas más similitudes con los pacientes descritos por la propuesta de Reino Unido de Cuidado Gradual (Van Straten, Seekles, Van 't Veer-Tazelaar, Beekman y Cuijpers, 2010). Sin embargo es importante remarcar que estos pacientes no conforman una representación del grueso de los usuarios del servicio de Urgencias, por el contrario, suelen ser más frecuentes aquellos que llegan por complicaciones agudas que ponen en riesgo su vida o la función de algún órgano.

Lo anterior debe ser considerado, debido a que en esta propuesta, esa distinción permitió trabajar de forma activa con los pacientes, mediante citas semanales y consulta externa, por ello, se necesita una intervención focalizada para aquellos pacientes cuya sintomatología depresiva sea reactiva a la condición de salud grave que experimentan (Rassin, Nasie, Bechor, Weiss, y Silner, 2006).

Por otro lado, quizá la única característica que compartían, es que todos tenían un diagnóstico de enfermedad crónica, esto es congruente con lo que mencionan Safren et al. (2007) donde mencionan que las personas con depresión y un problema crónico de salud física son especialmente comunes en la atención de salud.

Una posible explicación de esto es que existe una relación entre los problemas crónicos de salud física y el origen o incremento de la depresión, donde estos problemas facilitan la aparición de estos síntomas (Moussavi et al., 2007). También se ha visto que ocurre de forma inversa con la existencia de sintomatología depresiva que sirve como un factor de riesgo antes de la aparición de problemas de salud física que pasan a ser crónicos (Chapman, Perry y Strine,

2004).

En cuanto al desarrollo de los módulos la duración de cada uno fue variable de acuerdo al caso y no se obtuvieron generalidades en cuanto a duración o dificultad de los mismos. No obstante, un facilitador durante toda la intervención fue el módulo 1, donde se brindaba psicoeducación. Todos los participantes completaron las actividades en una sola sesión, y fueron capaces de entender como la sintomatología depresiva se originaba y mantenía en su caso particular. Esto coincide con lo mencionado por algunos autores donde la información presentada debía estar ligada a que el paciente comprendiera el mecanismo psicológico específico en el cuál se iba a apoyar la intervención y su papel activo en la misma (Cormier y Cormier, 1998, Greenberger, y Padesky, 2016).

En cuanto a los resultados de los registros de frecuencia conductual para el módulo 3 de activación conductual, es importante mencionar que la terapia incrementó el número de actividades placenteras que los pacientes desempeñaban, sin embargo, no se pudo obtener confiabilidad de este dato, ya que la mayoría, al ser adultos que se desempeñaban en el hogar, pasaban una gran cantidad de tiempo solos, y no contaban con un familiar que pudiese ser entrenado en el registro. Esto coincide con lo reportado en la literatura para el llenado de este tipo de registro conductual en diversos pacientes crónicos mexicanos, donde muchas veces no se logra la colaboración de alguien cercano (Sánchez-Sosa y Alvarado-Aguilar, 2008).

Por último, una de las necesidades detectadas por este estudio fue la de crear instrumentos de evaluación que sean más sensibles y objetivos, además de culturalmente relevantes (Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón y Rubí, 2003). La desventaja de los instrumentos de auto reporte para medir sintomatología depresiva es que se basan en la

percepción del paciente acerca de sus propios estados, sin embargo, la propia condición, afecta procesos cognitivos básicos como atención, concentración y memoria , necesarios para aportar este tipo de datos de forma concreta (Hunot et al., 2013).

Por lo que como menciona Kazdin (2011) deben ser medidas más conductuales las que se sometan a análisis para evaluar la causalidad y los efectos en la variable dependiente de forma más fiel y objetiva, sin embargo, en México no se cuenta aún con un estándar de registro conductual para la sintomatología depresiva que permita el análisis del tamaño del efecto sobre esta variable.

En cuanto a la sintomatología ansiosa no se observaron cambios que pudieran ser atribuibles la intervención. Esto es consistente por lo reportado en la revisión de Jorm, Morgan y Hetrick (2008) donde mencionan que con entrenamientos basados en una técnica de relajación fueron más efectivas para reducir los síntomas depresivos autoevaluados que recibir ningún tratamiento mínimo o mínimo. Sin embargo, no fueron tan efectivos como el tratamiento psicológico completo y no tenían efectos directos en la sintomatología ansiosa. Los resultados presentados también mostraron que esta variable aunque parece asociada con la sintomatología depresiva parece ser muy sensible a variables extrañas y favorecerse de la técnica de regulación emocional.

Una de las consideraciones de este estudio es que no se contó con un gran número de réplicas del efecto de la intervención, por ello, los datos presentados deben ser interpretados con cautela, ya que, aunque es un estudio que tiene una función exploratoria, no se tiene una n que permita hacer muchas generalizaciones. El contar con más participantes podría darnos luz de un efecto más general (Kazdin, 2011).

Por otro lado usar un análisis estadístico como NAP ha sido ampliamente comentado como debilidad en este tipo de diseños, ya que, la mayoría de los métodos no paramétricos no consideran las propiedades de distribución de estas medidas y se vuelven desconocidas, por lo que los errores estándar y las pruebas estadísticas no se justifican formalmente. Por lo tanto, podría ser prematuro recomendar el uso de estos métodos, hasta investigar más a fondo sus propiedades estadísticas (Kratochwill et al., 2010)

Otra limitación, es que debido a la viabilidad solo se contó con tres mediciones de línea base no aleatorizadas, lo cual limita la validez interna de este diseño, ya que no es posible saber si las mediciones reflejan de forma fiel el estado inicial del paciente, ni si se debieron a otros factores como el azar. Sin embargo para futuras investigaciones deben también contemplar nuevas propuestas para tener líneas base más largas, ya aleatorizadas, ya que al ser tan pocos los puntos, el tamaño del efecto pudo verse incrementado por esta limitación (Kratochwill et al., 2010).

Por último, también para futuras investigaciones se deben validar nuevos instrumentos de medición y buscar otros significativos para el reporte, es decir, tener registros basados en conductas explícitas que puedan otorgar confiabilidad en las observaciones. Ya que en muchas ocasiones fenómenos como la discapacidad social pueden afectar potencialmente los resultados obtenidos.

A pesar de las limitaciones antes descritas el presente trabajo tuvo también algunas virtudes, una de ellas fue que se tiene más certeza de la integridad del tratamiento, donde al tener un manual para el terapeuta se incrementó la confianza en que las técnicas estuviesen aplicadas correctamente y por tanto se minimizaran las posibilidades de sesgos, además de que se tiene

claridad de los procesos por lo cual esta intervención es altamente susceptible a ser replicada (Kazdin, 2011). Otra virtud fue que los participantes pertenecían a grupos de referencia bastante heterogéneos y en todos se observó un efecto favorable como consecuencia de la intervención, lo cual podría sugerir una neutralidad en el contenido, lo que la vuelve comprensible y adaptable. Una última virtud, es que se observó una mejoría en varias esferas de la vida de los participantes, lo cual pone de relieve que intervenciones como la aquí descrita son requeridas en escenarios como el servicio de urgencias, donde los pacientes con sintomatología depresiva son buenos candidatos a este tipo de atención.

En conclusión el presente trabajo constituye un antecedente exploratorio que mostró tener efecto para disminuir la sintomatología depresiva, siendo viable y aceptable para los participantes. No obstante, se debe tomar en cuenta las condiciones imperantes en el servicio donde fue llevado a cabo este estudio y remarcar que fue posible conseguir una mejoría y dar acceso a los participantes a una intervención sistematizada. Se debe alentar la inclusión de los datos de estudios de casos como el aquí presentado en las recomendaciones sobre intervenciones efectivas, ya que, es probable que se den recomendaciones mejor adaptadas a los clínicos que realizan su práctica en escenarios similares. La terapia cognitivo conductual parece potencialmente efectiva para intervenir ante la sintomatología depresiva en usuarios del servicio de urgencias médicas, sin embargo, aún hacen falta más estudios que cuenten con diseños más robustos para dar más claridad respecto a esto.

Referencias

- Abar, B., Hong, S., Aaserude, E., Holub, A., & DeRienzo, V. (2017). Access to care and depression among emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 53(1), 30–37.
<http://doi.org/10.1016/j.jemermed.2016.11.029>
- Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E., Rodrigues, M., Castro, I., & Cardoso, D. (2016). The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 58, 59-70.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.006>
- Aragonés, E., Caballero, A., & Piñol, J. L. (2013). El modelo INDI (INterventions for Depression Improvement). Una propuesta eficaz para mejorar los resultados clínicos de la depresión en atención primaria. *Atención Primaria*, 45(4), 179-180.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.01.008>
- Aragonés, E., Cardoner, N., Colom, F., Lopez-Cortacans, G., & Gilaberte, I. (2013). *Guía de Buena Práctica Clínica: Psicoeducación en pacientes con depresión*. Madrid: Gobierno de España.
- Badia, M., Justes, M., Serviá, L., Montserrat, N., Vilanova, J., Rodríguez, Á., & Trujillano, J. (2011). Clasificación de los trastornos mentales en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 35. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2011.05.022>
- Barrigueté- Meléndez, J., Pérez- Bustinzar, A., De la Vega-Morales, R., Barrigueté, P., & Rojo, L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123-130.
<https://doi.org/10.1016/j.rmta.2017.05.001>

- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R., & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Bianchi, J., & Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia psicológica*, 33, 69-80.
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., & Ibarra, N. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*, 120(18), 693-700.
[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(03\)73814-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(03)73814-7)
- Cardiel, R. (1994). La medición de la Calidad de Vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología Clínica* (pp. 189-199). México: McGraw Hill.
- Castro-Camacho, L., Escobar, J. M., Sáenz-Moncaleano, C., Delgado-Barrera, L., Aparicio-Turbay, S., Molano, J. C., & Noguera, E. (2012). Salud mental en el hospital general: resultados del cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuatro servicios de atención. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 61-85. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60069-X](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60069-X)
- Chapman, D. P., Perry, G. S., & Strine, T. W. (2004). The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders. *Preventing Chronic Disease*, 2(1). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1323317/>
- Cormier, S. & Cormier, B. (1998). Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions, 4th ed. *Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills*

and cognitive behavioral interventions, 4th ed., xvi, 681-xvi, 681.

Definition of Emergency Medicine. (2016). *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 142-143.

<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.04.040>

Dixon, M., Jackson, J., Small, S., Horner-King, M., Lik, N., Garcia, Y., & Rosales, R. (2009).

Creating single-subject design graphs in microsoft excelt 2007. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(2), 277-293. <https://doi.org/10.1901/jaba.2009.42-277>

Dobson, D. & Dobson, K. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York : Guilford.

Familiar, I., Ortiz-Panozo, E., Hall, B., Vieitez, I., Romieu, I., Lopez-Ridaura, R., & Lajous, M.

(2015). Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women: Factor Structure PHQ-9 in Mexican Women. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 74-82. <https://doi.org/10.1002/mpr.1461>

Farah, W. H., Alsawas, M., Mainou, M., Alahdab, F., Farah, M. H., Ahmed, A. T., ... LeBlanc, A.

(2016). Non-pharmacological treatment of depression: a systematic review and evidence map. *Evidence-Based Medicine*, 21(6), 214-221. <https://doi.org/10.1136/ebmed-2016-110522>

Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., ...

Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine*, 10(11), e1001547.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>

Ferster, C. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.

<https://doi.org/10.1037/h0035605>

Figueroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 46-62. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500004>

Fraga-Sastrías, J. M., Asensio-Lafuente, E., Román-Morales, F., Pinet-Peralta, L. M., Prieto-Sagredo, J., & Ochmann-Räsch, A. (2010). Sistemas médicos de emergencia en México. Una perspectiva prehospitalaria. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 2(1), 25-34.

Galindo-Vázquez, O., Benjet, C., Juárez- García, F., Rojas- Castillo, E., Riveros- Rosas, A., Aguilar Ponce, J. L., ... Alvarado Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38, 253-258.

Goodacre, S. (2008). Critical appraisal for emergency medicine: 1. Concepts and definitions.

Emergency Medicine Journal: EMJ, 25(4), 219-221. <https://doi.org/10.1136/emj.2007.057307>

Greenberger, D., & Padesky, C. (1998). *El Control de tu estado de ánimo: manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Barcelona: Grupo Planeta.

Greenberger, D., & Padesky, C. (2016). *Mind Over Mood: Change how you feel by changing the way you think (2nd Edition)*. New York: Guilford Press.

Gross, J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. *Handbook of emotion regulation.*, 3-24.

Guía de intervención humanitaria: GIH-mhGAP (2016). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC :

Organización Panamericana de la Salud.

Gutiérrez - Vázquez, I., Domínguez- Maza, A., & Acevedo Mariles, J. (2007). Introducción. En: *Medicina de urgencias : principales problemas clínicos y su tratamiento basado en la evidencia* (pp. XXIII- XIX). Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana, 2007.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.

Heinze, G. & Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría.

Hervas, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel del déficit emocional en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19 (1), 347-372.

Huang, F. Y., Chung, H., Kroenke, K., Delucchi, K. L., & Spitzer, R. L. (2006). Using the Patient Health Questionnaire-9 to Measure Depression among Racially and Ethnically Diverse Primary Care Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 547-552.
<https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00409.x>

Hunot, V., Moore, T., Caldwell, D., Furukawa, T., Davies, P., Jones, H., ... Churchill, R. (2013). Third wave cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2>

Jorm, A. Morgan, A. & Hetrick, S. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007142.pub2>

- Kazdin, A. (2011). *Single-case research designs : methods for clinical and applied settings*. New York : Oxford University Press.
- Kratochwill, T., Hitchcock, J., Horner, R., Levin, J., Odom, S., Rindskopf, D. & Shadish, W. (2010). Single-Case Designs Technical Documentation. *What Works Clearinghouse*.
- Lara, A., Navarro, C., Navarrete, L., Mondragón, L., & Rubí, N. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26(3), 27-36.
- Lara-Cantu, A. (1996). *¿Es difícil ser mujer? : una guía sobre depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Lara-Muñoz, M., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., & Medina-Mora, M. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud mental*, 33(4), 301-308.
- Leahy, R. (2012). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
- Ledford, J. & Gast, D. (2018). *Single case research methodology : applications in special education and behavioral sciences*. New York : Routledge, Taylor & Francis Group.
- López-Alveranga, J., Vázquez, V., Arcila, D., Sierra, A., González, J. & Salín, R. (2002). Hospital Anxiety and Depression Scale en sujetos obesos mexicanos. *Revista de investigación Clínica*, 54 (5), 403-409.
- Magnani, M., Sasdelli, A., Bellino, S., Bellomo, A., Carpinello, B., Politi, P., ... Berardi, D. (2016). Treating Depression: What Patients Want; Findings From a Randomized Controlled Trial in

Primary Care. *Psychosomatics*, 57(6), 616-623. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2016.05.004>

Mairal, J. B. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD): dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 8(1), 23-50.

Martell, C., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2013). Activación conductual para la depresión: Una guía clínica. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 190, 521-528.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841>

Merz, E., Malcarne, V., Roesch, S., Riley, N. & Sadler, G. (2011). A Multigroup Confirmatory Factor Analysis of the Patient Health Questionnaire-9 among English- and Spanish-speaking Latinas. *Cultural diversity & ethnic minority psychology*, 17(3), 309-316.
<https://doi.org/10.1037/a0023883>

Mitchell, S. E., Martin, J. M., Krizman, K., Sadikova, E., Culpepper, L., Stewart, S. K., ... Jack, B. W. (2015). Design and rationale for a randomized controlled trial to reduce readmissions among patients with depressive symptoms. *Contemporary Clinical Trials*, 45(Pt B), 151-156.
<https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.08.016>

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

- Natera, G., & González-Forteza, C. (2012). Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. *Salud mental*, 35(1), 1-2.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2010). *Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management*. Leicester (UK): British Psychological Society. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82916/>
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales : un enfoque basado en problemas*. Ciudad de México: Manual Moderno.
- Noguera- Orozco, M., Pérez, B., Barrientos ,V., Robles- García, R., & Sierra- Madero, J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Norcross, J. & Wampold, B. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 98-102.
<https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Enfrentando problemas plus (EP+): ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad. Recuperado 11 de octubre de 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/259696>
- Organización mundial de la salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. US1.1. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34006>
- Organización Mundial de la Salud: Cerrar la brecha de salud mental [ca.2016]. Recuperado 11 de

octubre de 2018, de http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/

Parker, A., Sricharoenchai, T., & Needham, D. M. (2013). Early Rehabilitation in the Intensive Care Unit: Preventing Physical and Mental Health Impairments. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 307-314.

Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Pictor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R., & Berends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD004807. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004807.pub2>

Polanco González, C., González, C., Alberto, J., Buhse, T., Mendoza, S., Lino, J., ... Villanueva Martínez, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 144(4), 417-424.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

Rassin, M., Nasie, A., Bechor, Y., Weiss, G., & Silner, D. (2006). The characteristics of self-referrals to ER for non-urgent conditions and comparison of urgency evaluation between patients and nurses. *Accident and Emergency Nursing*, 14(1), 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2005.10.003>

Registros Nacionales de Urgencias - datos.gob.mx/busca. (2016). Recuperado 9 de octubre de 2018, de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/registros-de-urgencias>

Rhodes, K., Kushner, H., Bisgaier, J., & Prenoveau, E. (2007). Characterizing Emergency Department

Discussions about Depression. *Academic Emergency Medicine*, 14(10), 908-911.

<https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.06.042>

Richards, D., Bower, P., Chew-Graham, C., Gask, L., Lovell, K., Cape, J., ... Russell, A. (2016).

Clinical effectiveness and cost-effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): a cluster randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*

(Winchester, England), 20(14), 1-192. <https://doi.org/10.3310/hta20140>

Ruiz- Fernández, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Barcelona : Desclée.

Safren, S., Gonzalez, J., & Soroudi, N. (2007). *Coping with chronic illness: a cognitive-behavioral approach for adherence and depression therapist guide*. Oxford: University Press.

Sánchez-Sosa, J. J., & Alvarado-Aguilar, S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: a field test with disadvantaged participants. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 313-331.

Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D., Davies, P., ... Churchill, R. (2013).

Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008696.pub2>

Sinclair, D. (2018). Emergency medicine definitions, CAEP, and the journey to excellence. *Canadian*

Journal of Emergency Medicine, 20(4), 487-488. <https://doi.org/10.1017/cem.2018.419>

Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for Radical Change:*

Principles and Practice of Focused Acceptance and Commitment Therapy. Toronto: New

Harbinger Publications.

- Sukantarat, K. T., Williamson, R. C. N., & Brett, S. J. (2007). Psychological assessment of ICU survivors: a comparison between the Hospital Anxiety and Depression scale and the Depression, Anxiety and Stress scale. *Anaesthesia*, 62(3), 239-243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2006.04948.x>
- Tate, R., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., ... Wilson, B. (2017). The Single-Case Reporting Guideline In Behavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/09602011.2016.1190533>
- Vazquez, C., Hervas, G., Romero, N., & Criado, L. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una revisión tras 30 años de investigación. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18 (1), 139-165.
- Van Straten, A., Seekles, W., Van 't Veer-Tazelaar, N. J., Beekman, A. T. F., & Cuijpers, P. (2010). Stepped care for depression in primary care: what should be offered and how? *The Medical Journal of Australia*, 192(11 Suppl), S36-39.
- Vannest, K., Parker, R., Gonen, O., & Adiguzel, T. (2016). Single Case Research: web based calculators for SCR analysis. (Version 2.0) [Web-based application]. College Station, TX: Texas A&M University.
- Virués-Ortega, J., & Moreno-Rodríguez, R. (2008). Guidelines for clinical case reports in behavioral clinical psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 765-777.
- Wade, D. F., Moon, Z., Windgassen, S. S., Harrison, A. M., Morris, L., & Weinman, J. A. (2016).

Non-pharmacological interventions to reduce ICU-related psychological distress: a systematic review. *Minerva Anestesiologica*, 82(4), 465-478.

Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C., & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11.

Wang, S., Mosher, C., Gao, S., Kirk, K., Lasiter, S., Khan, S., ... Khan, B. (2017). Antidepressant Use and Depressive Symptoms in Intensive Care Unit Survivors. *Journal of Hospital Medicine*, 12(9), 731-734. <https://doi.org/10.12788/jhm.2814>

Weissman, M. M., Hankerson, S. H., Scorza, P., Olfson, M., Verdeli, H., Shea, S., ... Wainberg, M. (2014). Interpersonal Counseling (IPC) for Depression in Primary Care. *American journal of psychotherapy*, 68(4), 359-383.

Wolf, N. J., & Hopko, D. R. (2008). Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 131-161. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.004>

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). Thee hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 67, 361-370.