



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Psicología

Propuesta de Taller Grupal Cognitivo Conductual para
Pacientes con Depresión

TESIS

QUE, PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

RAYMUNDO ALFONSO BARROETA TAMEZ

Director: Mtro. Arturo Puente Lomelín
Revisor: Dr. José Alfredo Contreras Valdez

Sinodales:

Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Angélica Juárez Loya
Lic. Damariz García Carranza



Ciudad Universitaria, CDMX. 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Mtra. Ana Luisa Tamez Velázquez, que ha sido un ejemplo a seguir, una guía, mi fortaleza para realizar este trabajo de tesis y la conclusión de mi carrera universitaria. Gracias Madre por tu inmenso cariño y por hacer de mí, el ser humano y profesionalista que ahora soy.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme dado la oportunidad de ingresar a la Facultad de Psicología, para formarme profesionalmente en beneficio propio y de la sociedad.

A todos los docentes que contribuyeron con sus valiosas enseñanzas en mi formación profesional durante todos mis estudios de Licenciatura.

A mi Director de Tesis, Mtro. Arturo Puente Lomelín, quien con su experiencia como Psicólogo Clínico, sus amplios conocimientos y sus sabios consejos, me acompañó durante toda la elaboración de mi tesis profesional.

A mi Revisor de Tesis, Dr. José Alfredo Contreras Valdez quien me concedió el honor de analizar mi trabajo y darme importantes aportaciones para su culminación.

A mis Sinodales, Dra. Angélica Juárez Loya, Dr. Samuel Jurado Cárdenas y Lic. Damariz García Carranza, quienes compartieron parte de su valioso tiempo, para hacer realidad un sueño, al poder presentar mi examen profesional y concluir satisfactoriamente mis estudios de Licenciatura en Psicología.

A todos ellos les dedico esta Tesis con mucho cariño y con mi más profundo agradecimiento

Introducción

El presente trabajo se desprende de mi experiencia adquirida en el servicio social del hospital psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, al cual tuve acceso gracias a la Facultad de Psicología de la UNAM, se trata de una institución que depende administrativamente de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud Federal y se dedica a la atención de los trastornos mentales y emocionales, así como, a su prevención y rehabilitación psicosocial. Su razón de ser se centra en la atención a la salud mental del usuario, así como, en la enseñanza e investigación. Cuenta con servicios de consulta externa, hospitalización, hospital parcial, urgencias y métodos de apoyo a familiares. También incorpora programas de capacitación continua y comisión de investigación.

El área en la que me incorporé fue la de Consulta Externa, donde las principales actividades son la realización de estudios psicológicos para fines de diagnóstico, terapia individual y sesiones de terapia grupal con pacientes que en su mayoría han tenido hospitalizaciones previas; específicamente en el consultorio de la Psicóloga Leticia Delgado Hernández donde se realizan intervenciones que benefician de modo integral al paciente y su familia.

Mi experiencia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez fue muy satisfactoria; cumplí mi principal objetivo, tener un acercamiento a la práctica de la Psicología Clínica, con pacientes que presentan sintomatología grave; de esa manera pude tener un enfoque real del trastorno mental, haciendo mi propio juicio al respecto. Observé y apliqué técnicas terapéuticas y de diagnóstico tal como se practican actualmente, lo cual me sirvió como un puente entre la teoría y la práctica, permitiéndome ver efectos reales de la intervención psicológica.

Ansiedad, Trastorno Límite de Personalidad y Esquizofrenia eran los diagnósticos más frecuentes en el consultorio, sin embargo, gran parte de los usuarios habían sido diagnosticados con diversas intensidades de sintomatología depresiva. Es ahí donde encontré un interés especial por el tema, las siguientes páginas son el resultado de ese interés y una visión general que refleja la formación profesional que he obtenido gracias a la Facultad de Psicología de la UNAM.

Índice

Resumen.....	9
Introducción.....	10
Capítulo 1. Salud Mental.....	11
1.1. Antecedentes.....	11
1.2. ¿A qué aspira la Salud Mental?	17
1.2.1. Argumentos Institucionales.....	17
1.2.2. Profundizando el Concepto del Salud Mental	20
1.2.3. Normalidad y Enfermedad.....	22
1.2.4. El Bienestar Psicológico.....	24
1.2.5. Riesgo de Sobrediagnóstico.....	26
Capítulo 2. Depresión.....	29
2.1. Cifras e Impacto	29
2.1.1. Riesgo de Suicidio.....	34
2.2. Definición.....	38
2.3. Clasificación y Criterios Diagnósticos de la Depresión en CIE-11.....	38
2.3.1. Trastornos Mentales, del Comportamiento y del Neurodesarrollo.....	39

2.3.2. Trastornos del Estado de Ánimo	40
2.3.3. Trastornos Depresivos.....	40
2.3.4. Trastorno Depresivo, Episodio Único.....	40
2.3.5. Trastorno Depresivo Recurrente.....	42
2.3.6. Trastorno Distímico.....	44
2.3.7. Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.....	45
2.4. Clasificación y Criterios Diagnósticos de la Depresión en DSM-V.....	45
2.4.1. Trastorno Depresivo Mayor.....	47
2.4.2. Distimia.....	53
2.5. Instrumentos Para Diagnóstico	54
2.6. Factores de Riesgo.....	55
2.6.1. Factores Ambientales.....	55
2.6.2. Factores Culturales.....	59
2.6.3. Factores de Género.....	60
2.6.4. Influencia del Contexto	62
2.6.5. Influencia de la Tecnología	63
2.6.6. Factores Hereditarios.....	66
2.7. Neuroquímica de la Depresión.....	67

2.7.1. Tratamiento con Fármacos.....	70
2.8. Comorbilidad.....	71
2.8.1. Ansiedad y Depresión.....	72
2.8.2. Perspectiva Dimensional de la Psicopatología.....	75
Capítulo 3. Modelo Teórico de la Terapia Cognitivo Conductual.....	77
3.1. Eficacia de la Terapia Grupal Cognitivo Conductual en casos de Depresión.....	77
3.2. Enfoque Cognitivo Conductual para el Tratamiento de la Depresión.....	80
3.2.1. Psicoeducación.....	80
3.2.2. Estrategias de Reestructuración Cognitiva.....	83
3.2.3. Método de Solución de Problemas.....	86
3.2.4. Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	90
3.3. Enfoque Conductual para el Tratamiento de la Depresión.....	92
3.3.1. Activación Conductual.....	93
Capítulo 4. Método - Propuesta de Taller Grupal para Pacientes con Depresión.....	99
4.1. Justificación.....	99
4.2. Objetivos.....	101
4.2.1. Objetivo General.....	101
4.3. Variables de Interés.....	101

4.4. Diseño de la Investigación	102
4.4.2. Participantes.....	102
4.4.3 Lineamientos Éticos.....	103
4.4.4. Recursos Humanos.....	104
4.4.5. Escenario.....	104
4.4.6. Materiales e Instrumentos.....	105
4.5. Procedimiento.....	105
4.5.1. Composición del Taller.....	106
4.6. Análisis de Datos y Posibles Resultados	114
4.7. Discusión.....	116
Conclusión.....	117
Referencias.....	119

Resumen

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Es considerada por La Organización Mundial de la Salud como la principal causa de discapacidad laboral, lo cual se traduce en grandes pérdidas económicas en múltiples sectores, esto es un resultado directo del deterioro que implica en la calidad de vida de quien la padece. Los tratamientos de tipo Cognitivo Conductual han demostrado gran eficacia en el abordaje de la depresión, desde esa perspectiva, este trabajo plantea de manera organizada los conocimientos actuales en torno al trastorno depresivo y su tratamiento, además incluye una propuesta de intervención breve mediante taller grupal, en donde se retoman y adaptan los elementos que han demostrado mayor beneficio objetivo a lo largo del tiempo. La propuesta de intervención tiene como objetivo aportar estructura y evidencia al estilo de tratamiento que se practica actualmente en una gran institución dedicada a la salud mental en México, encaminando los esfuerzos a disminuir el impacto que el trastorno depresivo ocasiona en múltiples niveles de nuestra sociedad.

Palabras Clave: Depresión, Tratamiento Cognitivo Conductual, Terapia Grupal, Intervención Basada en Evidencia, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Introducción

La Organización Mundial de La Salud afirma que actualmente, la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Ante estas cifras se le considera la principal causa de discapacidad laboral, lo cual se traduce en pérdidas económicas en múltiples sectores. Esto solo es un reflejo del gran impacto que el trastorno produce sobre la calidad de vida de la persona, incluso en casos donde se cataloga como leve o moderada, hasta los peores casos, pudiendo llegar al suicidio, lo cual representa más de 800,000 muertes anuales, siendo la segunda causa de muerte más frecuente entre los 15 a 29 años. México no es la excepción, tan solo durante el 2017 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) registró un total de 6,559 muertes por suicidio, cifra que ha reflejado aumento constante cada año (INEGI, 2019 y OMS, 2018).

Ante esta problemática, la Asamblea Mundial de la Salud llegó a la resolución en el 2013, de que hace falta una respuesta integral y coordinada de todos los países miembros de la ONU, ante los problemas de salud mental. Cabe destacar que se cuenta con evidencia de que la intervención cognitivo conductual es eficaz en estos casos, pero más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no los reciben (OMS, 2018).

Frente a esta problemática, la presente investigación desglosa de manera organizada los conocimientos actuales en torno al trastorno depresivo y su tratamiento basado en evidencia mediante estrategias de tipo cognitivo conductual. De igual forma, se propone un taller de intervención mediante terapia grupal enfocado a la reestructuración cognitiva para pacientes con depresión; consta de 15 sesiones retomando y adaptando los elementos que han demostrado mayor beneficio objetivo a lo largo del tiempo. El presente aspira a ser una herramienta que los

profesionales de la salud puedan usar, tanto para actualizarlos conocimientos teóricos del tema, como para contar con una guía que ejemplifica la forma en que se aplica la teoría cognitivo conductual a las sesiones terapéuticas en instituciones como el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Capítulo 1. Salud Mental

1.1. Antecedentes

La depresión ha sido un tema abordado por múltiples sociedades a lo largo del tiempo; en cada etapa de conocimiento se ha dado una explicación coherente con el enfoque que esa sociedad utilizó para explicar su realidad, de tal forma que, siempre ha existido un grado de concordancia entre las creencias populares de una época con las explicaciones y a su vez con las soluciones que caracterizan a un período de conocimiento. En las siguientes páginas se abordan las diversas formas en que la depresión ha sido entendida en el transcurso de la historia.

Uno de los antecedentes más antiguos se encuentra en el siglo IV a.C., en ese momento Hipócrates usaba el término “Melancolía”. Por aquél entonces la Medicina cursaba una etapa en la cual salud y enfermedad se explicaban por la acción equilibrada o desequilibrada de los humores en el cuerpo, existiendo cuatro humores básicos: sangre, flema, bilis amarilla y atrabilis (humor negro o melancolía). De tal forma que, para poder aliviar los males debía ocurrir la expulsión de los malos humores mediante sudor, vómito, expectoración y orina (Martínez, Gómez, Gutiérrez, & Alonso, 2017).

Domínguez (1991) argumenta que, es imposible construir un concepto claro de la melancolía hipocrática, sin embargo, es notable que el concepto no ha sido rígido y fue tomando diversos significados a lo largo de la historia. Desde un padecimiento mental, hasta un estado de nostalgia, apatía, preocupación o tristeza. Algo que sí es posible afirmar es que, para Hipócrates, la melancolía no era descrita como una enfermedad, sino como un “Nosema” es decir, como un “padecimiento”.

En el siglo II d.C., Areteo de Capadocia observó que el padecimiento reaparecía a pesar de las aparentes remisiones y también que la remisión después de un episodio no garantizaba la cura, resaltando la importancia de factores interpersonales en el malestar. Tal era el caso de un paciente profundamente deprimido que mejoró su estado al enamorarse (Ávila, 1990).

En el siglo V a.C. Caelius Aurelianos mantuvo la descripción de Hipócrates, atribuyendo la melancolía a la bilis negra. Entre los síntomas descritos estaba la irritabilidad, falta de apetito, cansancio, somnolencia, ansiedad, silencio, rechazo, hostilidad, llanto, quejas y deseos de morir (Polaino, 1980).

Durante la Edad Media y el Renacimiento se presentó un cambio de enfoque y muchos aspectos de la vida cotidiana pasaron a ser entendidos de manera distinta, Santo Tomás de Aquino argumentó que la melancolía era provocada por demonios o influencias astrales e incluso por el pecado de pereza en este contexto (Jackson, 2004).

Martínez et al. (2017) en una revisión sobre la historia de la depresión explica que el reformador religioso alemán, Martín Lutero, en torno al siglo XVI, afirmaba que "toda la pesadez de la mente y la melancolía vienen del diablo." Al demonio de la depresión se le denominaba *Acedia* o *Taedium Cordis* y era considerado como uno de los ocho vicios capitales que subyugan

al hombre, siendo así, la pereza era una de las numerosas manifestaciones de los vicios de la acedia. Incluso se consideraba que al morir las personas que pecaban por acedia pasarían la eternidad en el quinto círculo del Infierno, donde se les sumerge en la ciénega negra para que sus lamentos burbujearan en la superficie. San Isidoro de Sevilla mencionó que el rencor, la pusilanimidad, la amargura y la desesperación son derivados de la tristeza mientras que la ociosidad, la somnolencia, la indiscreción de la mente, el desasosiego del cuerpo, la inestabilidad y la verbosidad se derivan de la acedia.

Como se mencionó anteriormente, los intentos de solución a un fenómeno resultan coherentes a las explicaciones que se dan a sus causas y por ello no es correcto menospreciar el sentido de las hipótesis que se generan en torno a un padecimiento, siendo así, en el período histórico de la acedia, los pacientes fueron tratados con diferentes remedios de origen religioso, entre los cuales destacan los rezos, castigos, azotes y exorcismo (Elferink, 2000).

Cuando la cultura europea hizo contacto con las sociedades prehispánicas se pudo notar una diferencia de enfoques respecto al abordaje del trastorno emocional, estas culturas también llegaban a atribuir aspectos místicos a los malestares humanos pero llevaban a cabo tratamientos distintos a los de la edad media. Un ejemplo de ello se encuentra en las narraciones de los conquistadores españoles, quienes cuentan que la depresión era la enfermedad mental más frecuente entre los incas, quienes tenían un amplio conocimiento de las plantas medicinales y los minerales que se empleaban para tratarla, así como ritos mágicos y religiosos que podían resultar efectivos (Elferink, 2000).

En Europa, durante el siglo En el siglo XVI, Jacques Dubois habló sobre el riesgo suicida de los melancólicos, proponiendo prohibirles el acceso a objetos punzantes y a lugares desde los

que pudieran arrojar con el objetivo de morir. Francesco Gerosa, en su libro de magia hace un recorrido de los daños físicos y espirituales que causa la melancolía. En ese período, el médico Francisco Vallés rechazó el enfoque espiritual de esta enfermedad y afirmó que se produce por causas de la naturaleza humana, desencadenándose en muchas ocasiones por factores del humano y el medio ambiente. En 1621 Robert Burton en su libro "La Anatomía de la Melancolía" identificó los estados depresivos; en 1679 Bonetus escribe "Manía de la Melancolía" y habla acerca de la relación entre la melancolía y la manía empleando el término maniacomelancholicus, lo que posteriormente dio origen al concepto de maniaco depresivo (Polaino, 1980).

A principios del siglo XIX Philippe Pinel, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar las psicológicas y en segundo las físicas. A finales del siglo, el síndrome depresivo siguió siendo equiparable a la melancolía, lo cual comenzó a cambiar en 1886, cuando Kraepelin agrupó las condiciones afectivas como la manía y la melancolía en la llamada psicosis maníaco-depresiva. Ese siglo fue muy importante ya que en él tuvieron lugar muchos acontecimientos que permitieron el cambio de paradigma en muchas áreas de la sociedad, entre ellas, el enfoque para el tratamiento de los trastornos mentales (Calderón, 1998; Jackson, 2004 & Radden 2008).

En 1917 Freud publicó el artículo "Duelo y Melancolía", planteando la hipótesis de que, cuando muere una persona amada, su compañero regresa a la fase oral del desarrollo (etapa en la que el psicoanálisis asume que el niño es incapaz de distinguir a los demás de sí mismo), e incorpora a la persona perdida, por lo que experimenta los mismos sentimientos hacia sí mismo y hacia esa persona. Tales sentimientos incluyen también la ira y la hostilidad, ya que Freud creía que inconscientemente mantenemos sentimientos negativos hacia las personas que amamos, debido en parte al poder que tienen sobre nosotros. Freud supuso que la depresión también podría aparecer como respuesta a pérdidas imaginarias o simbólicas. Por ejemplo, un estudiante que

fracasa en sus estudios, o una persona que rompe una relación íntima, puede experimentar esas dificultades de manera simbólica como si fuera la pérdida del amor de sus padres. Esto llevó a las teorías psicodinámicas a proponer la hipótesis de que en realidad la depresión es la ira dirigida hacia nuestro interior (Korman y Sarudiansky, 2011).

Villalba (2010) argumenta que el psicoanálisis de Freud abordó aspectos como la pérdida, la cual incluso desde otras perspectivas teóricas, desempeña un papel relevante en los procesos depresivos. Con el paso del tiempo, el psicoanálisis clásico dio paso a la psicodinámica, conservando los argumentos centrales del psicoanálisis pero con mayor apertura a la integración de métodos que permitan incrementar el grado de certeza clínica. Realizando estudios que aportan evidencia en relación a la eficacia de los tratamientos. Sin embargo, los estudios empíricos psicodinámicos plantean dificultades en múltiples aspectos, por ejemplo la valoración cuantitativa cuando se refiere a contenidos mentales desde el abordaje del significado, ya que a pesar de que existe un número creciente de estudios de proceso terapéutico, resulta muy difícil conocer con exactitud todo lo que sucede en un proceso psicoterapéutico y valorar la incidencia de las teorías en los resultados. Se suman otras dificultades como la falta de consenso teórico en los planteamientos, ya que existe gran cantidad de variantes de la teoría psicoanalítica y cada una de ellas tiene una visión particular del fenómeno depresivo.

De 1952 a 1979, seguía sin formalizarse una diferenciación clara entre melancolía y depresión. El DSM I y II continuaron abordando el concepto de melancolía dentro de la llamada psicosis maniaco-depresiva. En 1980 se logró una diferenciación entre melancolía y depresión en el DSM-III, la melancolía se clasificó como un subtipo de depresión mayor, en función de su gravedad (Nieto, 2014).

Para una revisión histórica del tratamiento de la depresión es importante abordar uno de los tratamientos más polémicos de la psiquiatría, la terapia electroconvulsiva. Esta técnica surge a principios del siglo XVI, mejorando con el paso de los años para incrementar la eficacia y disminuir los riesgos y costos implicados. En 1937 tuvo lugar en Suiza la primera reunión internacional sobre terapia convulsiva, pero es hasta los años 50 donde la técnica comenzó a extenderse para su uso general, siendo usada con mayor o menor presencia en función a la opinión pública de cada contexto durante las siguientes décadas. En 1985, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América soportó el uso de la terapia electroconvulsiva en ciertas condiciones clínicas, lo cual se ha mantenido en uso hasta la fecha (Valenti, Benabarre, Bernardo, García, Amann y Vieta, 2007).

Es un procedimiento que consiste en provocar una convulsión controlada médicamente (de 20 a 40 segundos), a través de la cual se liberan, de manera masiva e inmediata, neurotransmisores como serotonina, dopamina y acetilcolina, lo que no sucede con los medicamentos antidepresivos. En México el procedimiento está médicamente controlado y es supervisado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos y actualmente se puede llegar a implementar en pacientes con múltiples trastornos psiquiátricos. Se considera que la intervención es segura y no pone en riesgo la integridad física del paciente, pudiendo mejorar su calidad de vida mediante la disminución de la sintomatología. Pese a esto, puede presentar efectos secundarios en función del número de sesiones que se aplique, aunque el principal es la posible pérdida de la memoria reciente, lo cual disminuye al espaciarse las sesiones (Valenti et al., 2007).

Lara (2006) argumenta que la terapia electroconvulsiva se considera generalmente como un último recurso de tratamiento, utilizado en personas que requieren hospitalización por la severidad de la depresión o que no responden adecuadamente a medicaciones antidepresivas. Esta

terapia es considerada primaria cuando se necesita una respuesta rápida al tratamiento, cuando el riesgo de la medicación es grande en comparación con la terapia electroconvulsiva, cuando hay una historia de respuesta pobre a la medicación o historia de respuesta positiva a la terapia electroconvulsiva o cuando la persona prefiere este tratamiento a otros. Ha mostrado especial efectividad cuando la depresión está acompañada por psicosis o retardo psicomotor marcado y estupor depresivo. Aunque el mecanismo a través del cual la terapia electroconvulsiva alcanza los efectos antidepresivos no se conoce muy bien; una posible explicación es que la liberación de norepinefrina y dopamina durante el ataque lleve a un mejoramiento general del funcionamiento del sistema de aminas.

Debido a la gran variabilidad que el concepto de depresión tuvo en el pasado resulta correcto plantearse la pregunta: ¿Qué deberíamos entender cuando se habla de depresión? La respuesta con mayor aceptación se encuentra en los Manuales Diagnósticos, sin embargo, antes de analizar el estatus actual de la depresión es importante realizar algunas consideraciones para tener un panorama más amplio en la postura clínica de cara al paciente.

1.2. ¿A qué aspira la Salud Mental?

1.2.1. Argumentos Institucionales.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946 define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946, p.1).

Para la OMS, la salud mental es un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de

forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Por lo tanto, salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades, permitiéndoles alcanzar sus propios objetivos. La salud mental, la física y la social están íntimamente relacionadas; con el creciente conocimiento sobre esta interdependencia, surge de manera más evidente que la salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones (OMS, 2018).

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos declaró que "el derecho a la salud es una parte fundamental de nuestros derechos humanos y de nuestra comprensión de una vida digna". La relación entre salud física, salud mental, y derechos humanos es integral e interdependiente. La afectación en la salud obstaculiza el correcto ejercicio de los derechos humanos y existen razones clínicas y económicas, así como, obligaciones morales y legales, para promover la atención de la salud mental como algo fundamental para los derechos humanos. Pese a estos argumentos, la distribución de presupuestos gubernamentales a nivel mundial refleja que la salud mental no goza de paridad con la salud física, y esto crea una jerarquía involuntaria donde la salud mental está clasificada por debajo de la salud física (OMS, 2018).

La OMS informa que en algunos países, la única atención disponible para las personas con enfermedades mentales es en las instituciones psiquiátricas, y muchas de ellas están asociadas con violaciones significativas de los derechos humanos reflejadas en el tratamiento inhumano y en las condiciones de vida, como encadenamiento o encierro en confinamiento por períodos prolongados de tiempo. Es necesario un enfoque que valore igualdad para ambos aspectos de la salud, ya que la ausencia en cada uno de ellos es capaz de impedir que la persona pueda ejercer sus derechos humanos básicos (OMS, 2018).

Para el correcto cumplimiento de brindar el derecho a la salud, los servicios de atención para salud física y mental, deben ser sensibles al género, científicamente y médicamente apropiados, de buena calidad y respetuosos de la ética médica. Una característica integral del derecho a la salud es la expectativa de una participación significativa de todas las partes interesadas en las decisiones y políticas de salud. Además es importante que haya procesos transparentes que estén garantizados para las personas con problemas de salud mental y para aquéllos que utilizan los servicios de salud mental (OMS, 2018).

En el Artículo 2° de la Ley de Salud Mental del Distrito Federal, la salud mental se define como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad (Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2014).

1.2.2. Profundizando el Concepto del Salud Mental

La definición de la OMS ha generado opiniones críticas, por ejemplo, Navarro (1998) argumenta que el planteamiento de la OMS tiene un problema epistemológico importante, ya que asume el consenso universal del término clave de “bienestar”, lo cual resta mucho a la objetividad con la que permite aproximarse al estudio de la realidad. Para Martín y Pastor (1989), el concepto de bienestar es subjetivo, lo cual dificulta su medición y la producción de indicadores económico-sociales adecuados para su representación.

No obstante, esta definición sirvió para ampliar el rango de acción de la intervención en salud, pues anteriormente, oficialmente era entendida como la ausencia de enfermedad o lesión.

Actualmente es entendida como un aspecto más amplio en el que ya no solo se trata de un fenómeno somático o psicológico, sino también social. Pese a las críticas del concepto bienestar, esta definición permitió establecer lineamientos de acción más amplios en el marco de las políticas de salud (Ramos, 2006).

Respecto a la parte subjetiva del concepto de salud, Kant afirmó que es posible tener una impresión de bienestar propio, pero nunca es posible saber si ese bienestar es real, porque la ausencia de la impresión de estar enfermo no le permite al hombre expresar que él está bien, sino únicamente decir que aparentemente está bien. Tal reflexión implica la necesidad de un criterio externo a la propia persona, con la información más objetiva posible que permita dar un mayor nivel de certeza en el criterio de bienestar (Canguilhem, 1997).

Para autores como Canguilhem (1997), el análisis de síntomas lleva a la inevitable referencia al dolor o al placer y de ese modo se introduce, sutilmente, el concepto de “cuerpo subjetivo”, lo cual plantea un elemento interesante respecto a la discusión de la posibilidad de alcanzar objetividad en los diagnósticos, llegando incluso al argumento de que no puede existir un concepto “científico-objetivo” de salud.

Es necesario profundizar más en el concepto de salud para poder tener mayor claridad del objetivo que la intervención psicológica pretende alcanzar. Para hablar de salud es necesario hablar de enfermedad; es común que tales conceptos se asuman como lados opuestos que no pueden existir simultáneamente, sin embargo, se refiere a ellos como un proceso sin un límite preciso entre donde comienza la enfermedad y dónde termina la salud; ya sea en eventos fisiológicos, patológicos o psicológicos es frecuente que existan periodos de latencia, incubación o desarrollo que ocurren de manera más o menos prologada, dando un periodo variable de tiempo en el cual el

ser humano puede funcionar de manera aparentemente saludable dentro de su sociedad. De tal forma, que la etiqueta y los criterios de enfermo y saludable obedecen a criterios prácticos, por ejemplo para calcular las tasas de morbilidad o determinar cuando un trabajador necesita reposo médico y puede ausentarse de sus labores (Moreno, 2008).

Históricamente el equilibrio entre el organismo y el medio ha sido una manera útil para conceptualizar la salud. Para Perkins la salud es un estado de relativo equilibrio de función en el organismo que resulta de su ajuste dinámico satisfactorio con las fuerzas que tienden a perturbarlo, no se trata de una relación pasiva entre la materia orgánica y las fuerzas que actúan sobre ella, sino de una respuesta activa del organismo en el sentido de ajuste (Kawamoto, 1995).

Tal equilibrio entre el organismo y el medio asume que, si el equilibrio del organismo con su entorno depende de que los procesos físicos y psicológicos operen como una unidad coherente y funcional, entonces la enfermedad surge cuando se producen alteraciones en los procesos o funciones físicas (orgánicas) y/o psicológicas (cognitivas, emocionales o comportamentales), produciendo diferentes trastornos, que van desde los ligeros e indetectables, hasta los severos como la muerte de quien los padece.

Navarro (1998) afirma que la teorización del proceso Salud-Enfermedad no se encuentra exento de la influencia de las tendencias sociales y ajustes de poder, viéndose influenciado a lo largo del tiempo de diferentes maneras, llevando a grandes variaciones entre aquéllo que se puede entender como saludable. La homosexualidad es un buen ejemplo, dependiendo del periodo histórico ha sido entendida como crimen, enfermedad biológica o mental y actualmente como una condición que no refiere enfermedad en la persona. No es el único ejemplo, otro caso parecido es el reconocimiento de la silicosis como enfermedad ocupacional, que en Estados Unidos tuvo un

reconocimiento tardío, a diferencia de lugares como Gran Bretaña donde el movimiento obrero poseía mayor influencia. Por lo tanto, es prudente considerar que la definición de lo que es salud y enfermedad no es sólo una cuestión científica, sino también social, al punto de que es probable que en un futuro cercano el abordaje de trastornos como el TDAH o la Depresión cambien en función de hacia donde se incline la opinión profesional, social y los poderes económicos implicados.

1.2.3. Normalidad y Enfermedad.

En ocasiones se suele utilizar el adjetivo “normal” como sinónimo de salud. Sin embargo, esta definición estadística plantea un gran inconveniente en los casos en que las personas promedio se comporten de manera reprochable, tal y como ocurrió en la Alemania Nazi durante la Segunda Guerra Mundial (Moreno, 2008).

Para Frances (2015), el concepto de normal está perdiendo todo sentido; por definición no debería ser extraño ser normal, puesto que por la naturaleza del concepto la mayoría de gente debería ser normal, pero aplicando de manera rígida los manuales diagnósticos, la mayoría de personas podríamos ser considerados más o menos enfermos, debido a los altos requisitos que son necesarios para ser considerado saludable. A pesar de los grandes avances, la ciencia de la salud no ha aportado nunca una definición completa de «salud» o de «enfermedad», tanto en el campo físico como en el mental, ya que la salud se ha vuelto en muchas ocasiones inalcanzable y sería prudente plantearse si ¿Somos todos enfermos mentales?

Respecto a los límites entre la salud y la enfermedad, o lo que podría denominarse como casos leves de un trastorno, Collazos (2007) afirma que la mayoría de la población no tiene un diagnóstico psiquiátrico, no necesita tomar psicofármacos, no necesita internamiento, ni amerita

atención psiquiátrica especializada, pero prácticamente todos podemos llegar a tener afectaciones en la salud emocional a lo largo de la vida, lo que implica la necesidad de buscar alternativas terapéuticas como algún tipo de psicoterapia. Con esto cobra sentido utilizar los criterios diagnósticos para categorizar sintomatologías que muestran semejanzas significativas, sin que eso implique la necesidad directa de etiquetar a la persona.

En el contexto de la práctica de la psicología clínica se ha considerado que el concepto de enfermedad no resulta adecuado para referir a un desorden en el comportamiento de la personas, porque es más bien un término cargado de implicaciones negativas derivadas de la concepción clásica de enfermedad física en medicina, específicamente en la antigua concepción psiquiátrica. Pese a esta tendencia en la literatura se usa de manera amplia el concepto de enfermedad mental prácticamente como un sinónimo de trastorno mental. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) define al Trastorno Mental como los síndromes o patrones del comportamiento psicológico significativo que aparecen asociados a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo, significativamente aumentado, de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Cabe añadir que esta definición incluye el concepto de comportamiento que refleja una concepción más amplia que el de conducta, involucrando en ello mayor cantidad de variables de tipo cognitivo y social (Pichot, 2000).

La Organización Mundial de la Salud define al trastorno mental o del comportamiento como una perturbación de la actividad intelectual, del estado de ánimo o del comportamiento que no se ajusta a las creencias y las normas culturales. En la mayoría de los casos, los síntomas van acompañados de angustia e interferencia con las funciones personales (OMS, 2006).

1.2.4. El Bienestar Psicológico.

Para De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo (1997), la salud mental es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación.

Oramas (2013) en su investigación sobre el bienestar psicológico recaba las definiciones de diversos profesionales en el área, mencionando que para Silvia Bermann “la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad” (p. 8), mientras que para Pichón Riviere “es la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social” (p. 9).

Okasha (2005), considera a la salud mental como “un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades” (p. 1).

Para la psicología positiva, la psicología clínica se ha dedicado principalmente a investigar, entender o explicar la disfunción, y los profesionales están formados para trabajar con la patología y no con la salud; mientras que la psicología positiva se enfoca en aspectos como el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la capacidad de resistencia, los mecanismos de defensas maduros, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las

estrategias de afrontamiento, calidad de vida, satisfacción, los talentos y la creatividad. Conceptos no muy explorados pero que pueden representar una postura distinta y muy interesante para complementar la comprensión del proceso salud-enfermedad (Oramas, 2013).

Oramas (2013) argumenta que el bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo, ya que, por definición, lleva implícito el aspecto de vivencia personal. Este constructo resulta útil como un indicador de la relación del sujeto consigo mismo y con su medio, ya que involucra aspectos valorativos y afectivos que se integran en la proyección futura y actitud general ante la vida; formado por variables del autoconcepto como:

- ❖ Autoconciencia: componente cognitivo de las actitudes hacia sí mismo. Se expresa en las creencias y pensamientos que tiene el sujeto sobre sí mismo.
- ❖ Autoestima: Componente afectivo de las actitudes hacia sí mismo. Refiere a la apreciación y valor que se concede el sujeto a sí mismo, y se expresa en el grado en que se quiere y se acepta.
- ❖ Autoeficacia: Componente conductual de las actitudes consigo mismo, grado en que el sujeto considera que puede llevar a cabo sus propósitos y cumplir sus metas.

Tomando en cuenta todo lo mencionado hasta el momento, aún no existe un consenso teórico definitivo respecto a todos los aspectos que integran el proceso salud-enfermedad. Pese a esto, es de esperar que el profesional de la salud tenga claro un objetivo para el tratamiento que resulte coherente con el enfoque teórico que respalda su actividad, de lo contrario la intervención no tendría definido un rumbo, viéndose susceptible a carecer de sentido y probablemente también de resultados tangibles (Pichot, 2000).

A pesar de lo antes descrito, debe tomarse en cuenta que la intervención del psicólogo en el enfoque cognitivo conductual, puede ser considerada como un intento de mejorar de la situación funcional y la percepción de bienestar de la persona que recibe los servicios de salud psicológica, independientemente del diagnóstico que se le asigne.

De cualquier manera, actualmente existen múltiples interrogantes que continúan en proceso de investigación, por ejemplo, se plantea si el episodio depresivo mayor debe ser entendido como una enfermedad o debería abordarse como el extremo en un proceso de alteración en la regulación afectiva normal, sumado a esto, se plantea que depresión y ansiedad se encuentran intrínsecamente ligados, siendo necesario su estudio simultáneo. En este sentido, con el objetivo de recabar de la manera más sistemática posible el contenido teórico para el abordaje de la depresión, se intentará estudiarla de manera individual planteando en el momento oportuno las evidencias que apuntan a la interpelación entre depresión y ansiedad (Nestler, Barrot, DiLeone, Eisch & Monteggia, 2000).

1.2.5. Riesgo de Sobrediagnóstico.

Inflación Diagnóstica, así se refiere Allen Frances a lo que él considera un riesgo para la salud mental de la población mundial y un beneficio para los intereses económicos de algunos grupos farmacéuticos. Afirma que existe gran inversión en medios de comunicación para generar la creencia de que existe un malestar emocional que puede ser fácilmente tratado con el consumo de medicamentos, llegando al punto de que tales intereses han permeado en el contenido de la literatura actual. Estos argumentos adquieren peso al considerar que Allen Frances no solo es un destacado psiquiatra, sino que además participó en la creación del DSM-III y dirigió al equipo encargado de la creación del DSM-IV, pero actualmente habla acerca de las precauciones que se

deberían tomar al momento de juzgar el contenido de los manuales diagnósticos, haciendo especial hincapié en los riesgos que pueden implicar el DSM-V y sus anteriores versiones (Frances, 2010).

El trastorno mental es un tema complejo en el que no se cuenta con conocimiento definitivo, y vale la pena entender las ventajas y desventajas de las herramientas para diagnóstico con las que se cuenta actualmente. Por un lado, los manuales permiten tener un conjunto de criterios “objetivos” que dan la oportunidad de conseguir fiabilidad entre los distintos clínicos que ven al mismo paciente. La mejor manera para lograrlo requiere contar con grupos de expertos que revisen la literatura disponible y lleguen a un consenso sobre cómo definir mejor los diferentes trastornos mentales y cuáles merecen estar en el manual. No hay tanta polémica respecto a cuáles son y cómo definir la mayoría de los trastornos graves, sin embargo, cuando se trata de trastornos leves la línea entre la “normalidad” y la “pérdida de salud” se vuelve borrosa. De tal manera, pequeños cambios en la definición pueden incluir como pacientes a millones de personas que previamente eran consideradas como saludables (Frances, 2015).

Lo anterior aplica para múltiples trastornos contenidos en el manual, pero cabe destacar algunos detalles en el caso específico de la depresión. En el DSM-III, se creó una sola categoría en la que se incluía desde los cuadros más graves hasta los más leves. La idea era que el uso de subtipos como la melancolía y el uso de los distintos grados de gravedad permitirían aumentar la especificidad. Sin embargo, parece ser que las compañías farmacéuticas aprovecharon esa categorización para realizar marketing muy agresivo en torno al Prozac, dando el mensaje de que todas las depresiones eran una sola y se debían a un desequilibrio químico; también que la depresión estaba infra diagnosticada, y que era muy fácil aliviar los síntomas consumiendo pastillas. Sumado a esto, debido a la carga de trabajo, la mayoría de los fármacos psiquiátricos son recetados por médicos de atención primaria, a pacientes a los que realmente no conocen y por ende

les resulta imposible entender la naturaleza de su malestar emocional. De tal manera que la forma más sencilla de saciar las expectativas del paciente es medicarle, incluso cuando a largo plazo esto puede causar más daño que beneficio (Ortiz & Mata, 2015).

Para Allen Frances no se trata de una postura en contra de la medicación, se trata de evitar la sobre medicación y el exceso de diagnósticos debido al gran efecto que ambos pueden causar en la vida de una persona. Los medicamentos deberían reservarse para los casos que de verdad lo requieren, ya que hay mucha gente que empieza a tomar antidepresivos en algún momento de su vida donde han experimentado una gran tristeza, y en muchos casos solo funcionan como un placebo, pero la persona cree que es la pastilla la que solucionó el problema, descartando el apoyo familiar, su propia resiliencia y el simple paso del tiempo. De esta manera, en casos leves, es recomendable enfocar como primer tratamiento a la psicoterapia, ya que es tan efectiva como la medicación sin crear efectos secundarios. Desde esta postura se puede considerar que, ante la duda, es mejor un infradiagnóstico que un sobrediagnóstico y también, que no se debe perder de vista la importancia de un modelo biopsicosocial (Frances, 2015).

Pese a todo lo mencionado los manuales diagnósticos son herramientas muy valiosas para la práctica clínica, siempre y cuando se tenga una postura crítica para evitar convertir problemas cotidianos en trastornos mentales.

Capítulo 2. Depresión

2.1. Cifras e Impacto

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la depresión es un trastorno mental muy frecuente, se calcula que afecta a más de 350 millones de personas y se ha convertido en la principal causa de discapacidad a nivel mundial, como consecuencia genera un gran impacto económico que se traduce en pérdidas millonarias en muchos sectores. En los peores casos lleva al suicidio, lo cual representa más de 800,000 muertes anuales, siendo el suicidio la segunda causa de muerte más frecuente entre los 15 a 29 años, colocándose entre las 20 principales causas de muerte a nivel mundial, lo cual se traduce en una muerte cada 40 segundos. Lo más preocupante es que existen tratamientos eficaces para tratar la depresión, pero más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más de 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. La OMS publicó en 2018 una infografía (Figura 1) con cifras aproximadas para comprender mejor el impacto que el suicidio tiene a nivel mundial (OMS, 2018).



Figura 1. Infografía publicada por la OMS. Cifras internacionales en relación al suicidio (OMS, 2018).

En México, durante el 2017 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) registró un total de 6559 muertes por suicidio, cifra que ha reflejado aumento constante cada año (Figura 2), de manera adicional el INEGI aporta información relevante para entender el fenómeno en nuestro país, como la cantidad de integrantes del hogar mayores a 12 años que reportan haber tenido sentimientos de depresión (Figura 3) y la frecuencia con que esto ha ocurrido (Figura 4), con datos publicados desde 1994, hasta 2017 (INEGI, 2019).

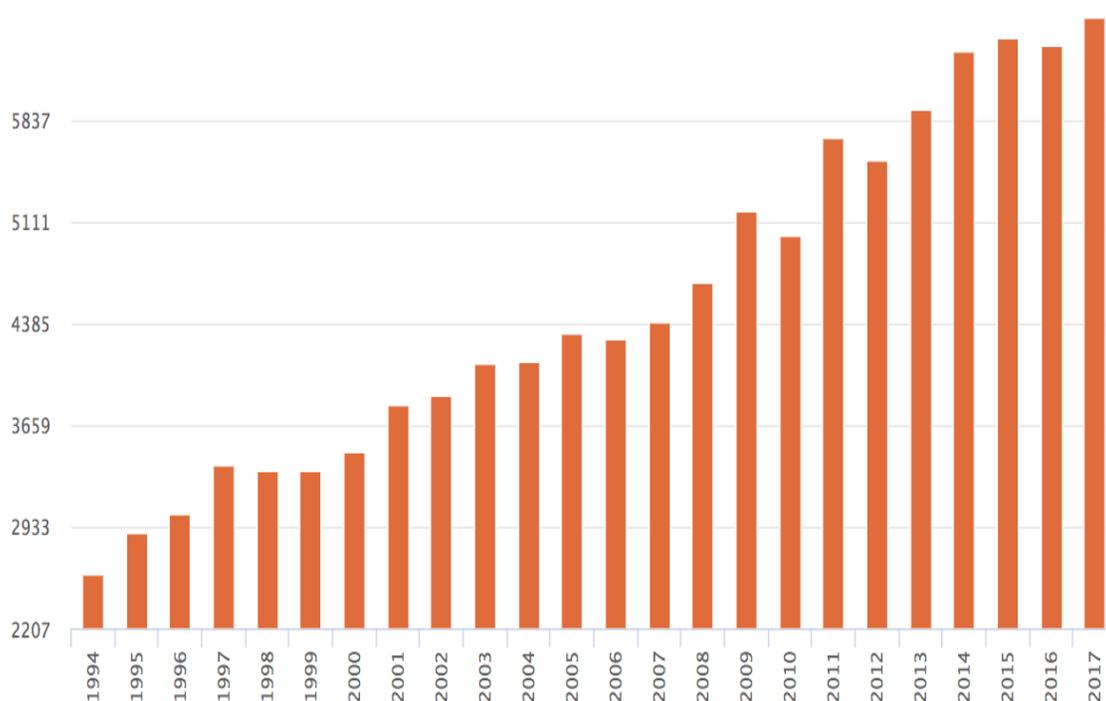


Figura 2. Cifras oficiales publicadas por el INEGI. Suicidios registrados en México desde 1994 hasta 2017 (INEGI, 2019).

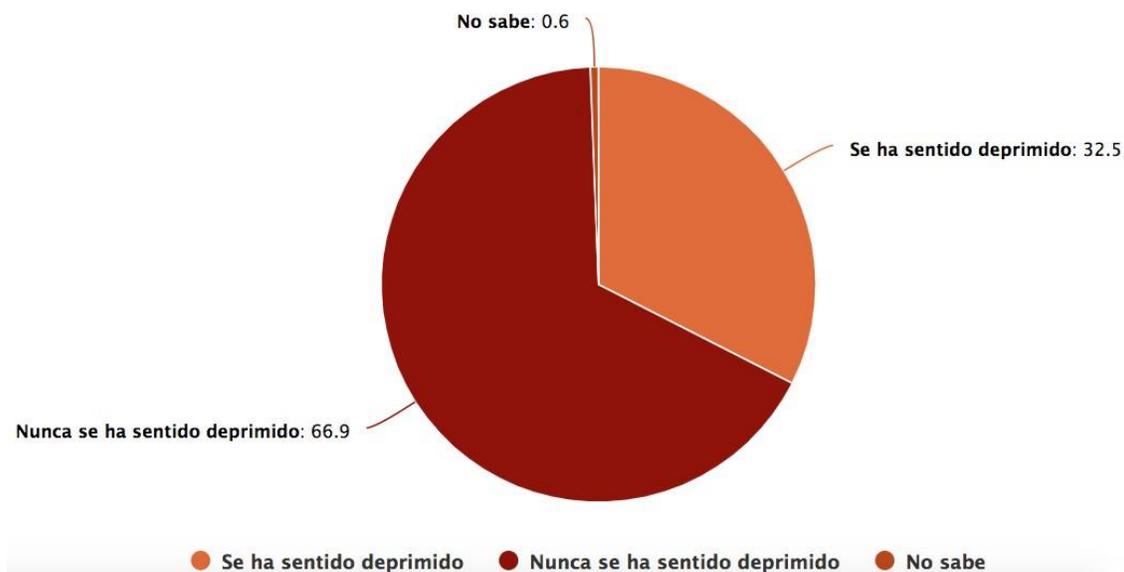


Figura 3. Cifras oficiales publicadas por el INEGI. Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión (INEGI, 2019).

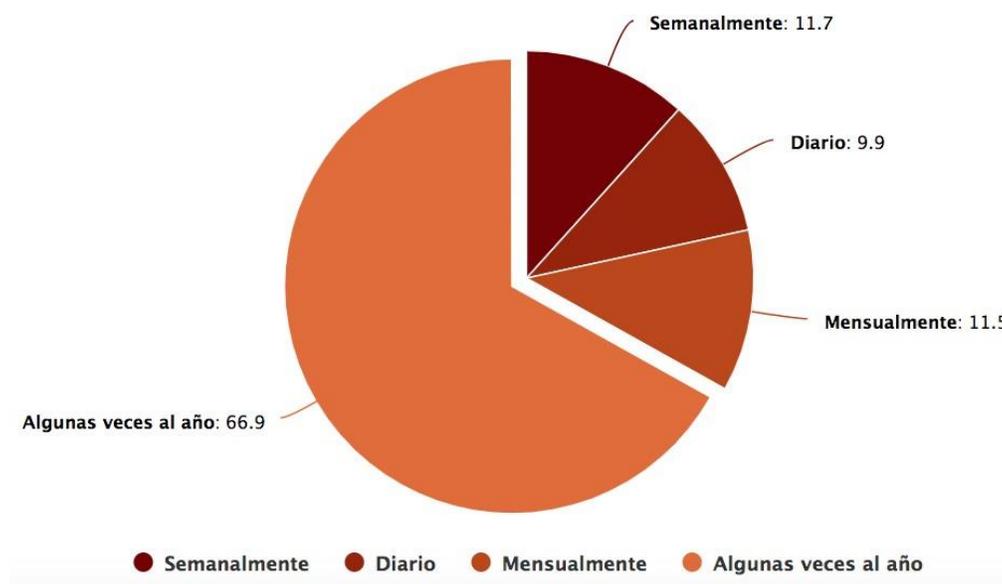


Figura 4. Cifras oficiales publicadas por el INEGI. Integrantes del hogar de 12 años y más con sentimientos de depresión por frecuencia (INEGI, 2019).

La OMS afirma que para una atención eficaz hace falta incrementar la cantidad de recursos económicos y de personal sanitario correctamente capacitado, ya que actualmente en todos los países se está incurriendo en dar tratamientos para la depresión a gente que no lo necesita, mientras que muchas personas que en realidad la padecen no están recibiendo un tratamiento adecuado. Las cifras mundiales en torno a la depresión van en aumento. Por ello la Asamblea Mundial de la Salud llegó a la resolución en el 2013, de que hace falta una respuesta integral y coordinada de todos los países miembros de la ONU, ante los problemas de salud mental. De manera más específica, cabe destacar que “discapacidad” se refiere a la pérdida de años de vida saludables y por ende productivos, en este sentido la depresión reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas y debido a sus características, afecta de manera brutal la percepción de calidad de vida que se tiene (OMS, 2018 y Wagner, González, Sánchez, García & Gallo, 2012).

La Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en México (2014) menciona que la depresión constituye un severo problema de salud pública que afecta entre 12 y 20% a personas adultas; sumado a esto, en México, menos de 20% de quienes padecen trastornos afectivos, reciben algún tipo de ayuda y quienes lo obtienen pueden tardar hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

En México no se cuenta con un desglose detallado de las cifras de personas que están siendo tratadas en todas las instituciones de salud mental, sin embargo el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” facilita las cifras de tratamiento que han ofrecido a pacientes con depresión en el área de Pre-consulta del 2009 al 2012 (Figura 5). Los datos no son actuales y no pueden ser asumidos como una muestra representativa del país, pero aportan cifras que permiten comprender el volumen de pacientes que una de las principales instituciones de salud mental en nuestro país es capaz de recibir (INPRMF, 2012).

Año	Sexo	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Total
2009	Total	355	725	623	519	322	166	86	2796
	Mujer	248	532	471	400	267	132	66	2116
	Hombre	107	193	152	119	55	34	20	680
2010	Total	476	937	762	530	388	198	110	3401
	Mujer	306	657	541	375	324	154	89	2426
	Hombre	170	280	221	155	64	44	21	955
2011	Total	457	845	671	556	426	186	111	3252
	Mujer	302	599	484	415	332	141	78	2351
	Hombre	155	246	187	141	94	45	33	901
2012	Total	261	430	384	305	243	92	41	1756
	Mujer	170	322	292	219	192	75	32	1302
	Hombre	91	108	92	86	51	17	9	454

Figura 5. Cifras del INPRFM “Ramón De la Fuente Muñiz”. Número de pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor en preconsulta por sexo y grupos de edad, de 2009 a 2011 (INPRFM, 2012).

Es preocupante que las cifras parecen ir en aumento, en México los jóvenes entre 18 y 29 años presentan más riesgo de tener estos trastornos que las generaciones anteriores. Puede ser interpretado de varias maneras, algunos autores sugieren que la prevalencia de depresión es la misma en todos los periodos históricos, pero en el actual se obtienen cifras más reales y por eso se observa un aparente incremento. Otros atribuyen este aumento a las dinámicas sociales y los cambios radicales que caracterizan nuestra época, haciendo hincapié en que es un problema de salud que va a la alza y debe ser tratado a gran escala debido al impacto que produce en múltiples niveles de la sociedad (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Villatoro & Zambrano 2005).

No obstante, es necesario intensificar la calidad de diagnósticos en etapas más tempranas del padecimiento, dado que la evidencia indica que aquellas personas que solicitan ayuda en los

centros de salud, en muchos casos es, porque ya se encuentran con un trastorno severo. Cuando la intervención se realiza únicamente de manera farmacológica, la adherencia y por ende la efectividad tiende a ser significativamente menor que cuando se integran con intervenciones psicológicas (Borges, Medina-Mora, Wang, & Lara, 2006).

También es necesario generar estrategias que eduquen a la población en el reconocimiento de la sintomatología y sus alternativas de tratamiento, ya que en nuestro país las personas con trastornos emocionales en primera instancia recurren a sus familiares o amigos (autocuidado - 54%), en segundo lugar a algún sacerdote o guía espiritual (automedicación - 10%) y de manera menos frecuente recurren al uso de servicios especializados (atención profesional - 5%). Ante esta situación el Gobierno del Distrito Federal (actualmente Ciudad de México), aprobó la Ley de Salud Mental, haciendo énfasis en la importancia de cubrir la prevención e intervención de estos padecimientos, recalcando el derecho que tienen todas las personas para ser atendidas, comprometiéndose a destinar fondos para realizar campañas de toma de consciencia sobre los diferentes trastornos (Berenzon et al., 2013 y Gaceta Oficial del Distrito Federal, 2014).

Arredondo, Díaz, Cabello y Recaman (2018) argumentan que es necesario destinar mayores recursos a los programas de promoción y prevención para la salud mental para poder disminuir los costos finales asociados a estos padecimientos a nivel nacional, generando estrategias para poder disminuir la demanda de servicios por cronicidad, por discapacidad y por el tratamiento de complicaciones.

2.1.1. Riesgo de Suicidio.

La depresión y el suicidio, se encuentran ampliamente relacionados, desde los criterios diagnósticos para valorar una posible depresión, se toman en cuenta aspectos como la ideación

suicida y otros comportamientos englobados dentro de las llamadas conductas suicidas. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México aporta datos relevantes para comprender la presencia de depresión en pacientes con ideación suicida, reportando que 11.3% de los individuos con ideación, así como 15.2% de las personas con intento suicida presentaban depresión mayor. Otros autores como reportan datos en donde la ideación suicida en mujeres tuvo una prevalencia de 39.9% para depresión moderada y 44.8% para la grave. Mientras que los varones mostraron una prevalencia de 32.3% para depresión moderada y 40.2% en grave (Borges et al., 2010 y Roth et al., 2011).

Las conductas suicidas pueden conceptualizarse como un proceso complejo que puede incluir la ideación suicida, la planeación suicida, intento de suicidio, y en el peor de los casos, el fallecimiento del sujeto (OMS, 2012).

La evidencia indica que existe una fuerte asociación entre el humor depresivo (tanto grave como moderado) y la conducta suicida en sus tres vertientes (ideación, planeación e intento). La posibilidad de una conducta suicida existe durante todo el tiempo que duran los episodios de depresión mayor. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o los intentos de suicidio, pero también puede reflejarse desde un deseo pasivo de no despertarse por la mañana o la creencia de que los demás estarían mejor si el sujeto estuviese muerto, hasta albergar pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio o tener un plan específico de suicidio (Borges et al., 2009).

Los pacientes con mayor riesgo de suicidio pueden haber puesto sus asuntos en orden (p. ej., testamento actualizado, deudas pagadas), haber adquirido los materiales necesarios (p. ej., una cuerda o una pistola) y haber elegido un lugar y una fecha para consumir el suicidio. Se ha

encontrado que hasta 15% de la personas con depresión muere por suicidio y presentan más probabilidades de padecer una enfermedad crónica no mental que les provoque una muerte prematura (Borges et al., 2010).

Las motivaciones del suicidio pueden ser el deseo de rendirse a la vista de obstáculos que se perciben como insuperables, un intenso deseo de terminar con lo que se percibe como un estado de dolor emocional interminable y terriblemente doloroso, la incapacidad de imaginar algún disfrute en la vida o el deseo de no ser una carga para los demás. La resolución de tales pensamientos puede servir mejor que la negación de dichos planes para medir si disminuye el riesgo de suicidio. El factor de riesgo que se ha descrito de manera más sistemática, lo constituyen los antecedentes de intentos o amenazas de suicidio, pero habría que recordar que la mayoría de los suicidios consumados no se han precedido de intentos fallidos. Otras características asociadas a un aumento del riesgo de suicidio consumado son: ser varón, estar soltero o vivir solo y tener intensos sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad aumenta notablemente el riesgo de suicidio (APA, 2013).

2.2. Definición

Para la Real Academia de la Lengua Española, la Depresión en el entorno Psicológico y Psiquiátrico, se define como un Síndrome caracterizado por tristeza profunda que conlleva inhibición de las funciones psíquicas (RAE, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), define la depresión como: “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o

placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, durante dos semanas o más, que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas” (p. 4).

Para un abordaje teórico de la depresión es adecuado recabar lo expuesto por las 2 clasificaciones de los trastornos mentales más usadas en la psicología clínica y psiquiatría a nivel mundial, las cuales son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*.

EL DSM es un sistema de clasificación de los trastornos mentales editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), que surge de la necesidad estadística para clasificar las enfermedades psiquiátricas en los Estados Unidos de América. Además tiene como propósito ser útil para facilitar la enseñanza de la psicopatología y mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente. Es decir, surge de la necesidad de abordar la evidencia estadística de una manera organizada, estableciendo una nomenclatura útil para una diversidad de orientaciones clínicas de investigadores. Cabe destacar que el DSM no representa per se una herramienta oficial para el establecimiento de diagnósticos, pese a ofrecer criterios que resultan muy útiles para la práctica clínica, un diagnóstico formal deberá optar por apearse a criterios oficiales como los establecidos por la Organización Mundial de la Salud mediante herramientas como el CIE. Es por ello que el uso de ambos sistemas de clasificación debe ser entendido como herramientas que se complementan, pero que poseen un origen, objetivo y desarrollo distinto.

El DSM argumenta que su creación y posteriores actualizaciones, buscan mantenerse apegados a la evidencia empírica de la psicopatología, con el fin de que los clínicos e investigadores de las ciencias de la salud puedan estudiar e intercambiar información y tratar los

distintos trastornos, sin embargo, debido a su carácter particular y comercial, recientemente ha recibido críticas que se deben tener en cuenta a la hora de utilizar sus criterios para el establecimiento de un diagnóstico (Reed, Anaya & Evans, 2012).

La CIE es la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Agencia Internacional de las Naciones Unidas, es un recurso público de libre acceso, cuyo contenido surge de un proceso global y multidisciplinar, elaborado en diversas lenguas y teniendo en cuenta la multiculturalidad (León, Mínguez, Cerecedo & Tellez, 2014). Es por ello que a nivel institucional, la CIE posee mayor relevancia. En este sentido, Geoffrey M. Reed (Director de la Clasificación Internacional de Enfermedades y anteriormente Subdirector Ejecutivo para el Desarrollo Profesional en la APA), comenta que la APA anteriormente recomendaba el uso del DSM, pero actualmente se ha tomado la decisión de sumar esfuerzos con la con la OMS, al punto de que la Dra. Suzanne Bennett Johnson, actual Presidenta de la American Psychological Association, comenta que pronto la APA recomendará el uso de la CIE-11 en lugar del DSM-V. Sin embargo, para obtener una mayor perspectiva de todo lo que implica la depresión, a continuación se desglosan los elementos implicados en ambas clasificaciones (Pichot, 2000).

2.3. Clasificación y Criterios Diagnósticos de la Depresión en CIE-11 (OMS, 2019)

CIE 11 clasifica los trastornos depresivos como una variante de los Trastornos del Estado de Ánimo, los cuales son categorizados dentro de los denominados Trastornos Mentales, del Comportamiento y del Neurodesarrollo, la figura 6 muestra tal clasificación.

2.3.1. Trastornos Mentales, del Comportamiento y del Neurodesarrollo.

Son síndromes caracterizados por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

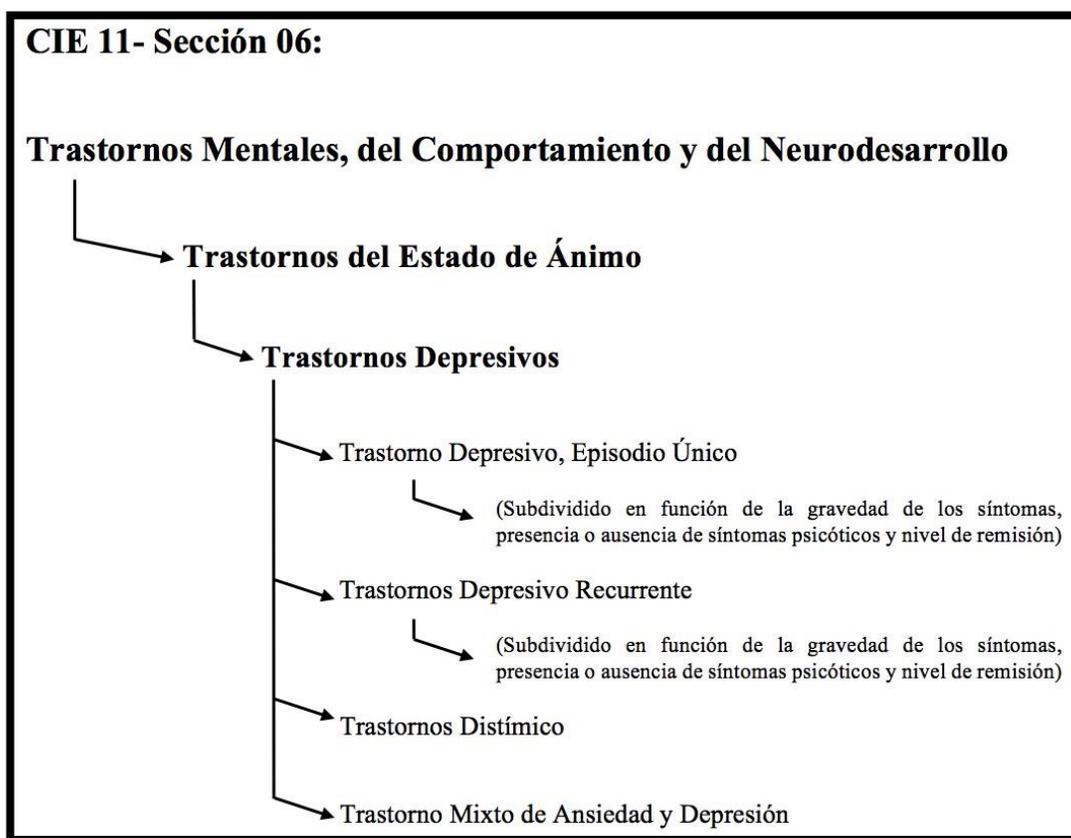


Figura 6. Categorización de los Trastornos Depresivos en CIE 11.

2.3.2. Trastornos del Estado de Ánimo.

Se definen de acuerdo con determinados tipos de episodios del estado de ánimo y su patrón en el tiempo. Los principales tipos de episodios de alteración del estado de ánimo son: episodio depresivo, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco. Los episodios del estado de ánimo no son entidades diagnosticables independientemente, por lo tanto, no tienen sus propios códigos diagnósticos. Por el contrario, los episodios de alteración del estado de ánimo constituyen los componentes principales de la mayoría de los trastornos depresivos y bipolares.

2.3.3. Trastornos Depresivos.

Se caracterizan por un estado de ánimo depresivo (por ejemplo, tristeza, irritación, sensación de vacío) o pérdida de placer, acompañado por otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente la capacidad del individuo de funcionar. Un trastorno depresivo no debe diagnosticarse en individuos que han experimentado un episodio maniaco mixto o hipomaníaco, que indicaría la presencia de un trastorno bipolar.

2.3.4. Trastorno Depresivo, Episodio Único.

Refiere a la presencia de un episodio depresivo cuando no hay antecedentes de episodios depresivos. Se caracteriza por un período (CIE 10 indicaba al menos dos semanas, exceptuando aquellos casos donde la sintomatología sea especialmente grave o de comienzo brusco) de estado de ánimo depresivo casi a diario o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía

reducida o fatiga. Nunca ha habido ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o episodios mixtos, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar. Presenta las siguientes variantes:

Trastorno depresivo, episodio único leve: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo y el episodio es de nivel de gravedad leve. Ninguno de los síntomas del episodio depresivo debe estar presente a un nivel intenso. Un individuo con un episodio depresivo leve normalmente tiene algún grado de dificultad, aunque no considerable, para continuar con el trabajo ordinario o las actividades sociales o domésticas, y no hay delirios ni alucinaciones.

Trastorno depresivo, episodio único moderado sin síntomas psicóticos: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores, el episodio es de un nivel de gravedad moderado, y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio. Un individuo con un episodio depresivo moderado generalmente tiene considerable dificultad para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales o domésticas, pero es capaz de funcionar en al menos algunas áreas.

Trastorno depresivo, episodio único moderado con síntomas psicóticos: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores, el episodio es de nivel de gravedad moderado, y hay delirios o alucinaciones durante el episodio.

Trastorno depresivo, episodio único grave sin síntomas psicóticos: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores, el episodio es grave y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio.

Trastorno depresivo, episodio único grave con síntomas psicóticos: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición para el trastorno depresivo con un episodio único, el episodio actual es grave y existen delirios o alucinaciones durante el episodio.

Trastorno depresivo, episodio único de gravedad no especificada: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores y no hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual.

Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión parcial: Se diagnostica cuando se cumplen todos los requisitos de definición de un episodio depresivo y no hay antecedentes de episodios depresivos anteriores. Ya no se cumplen todos los requisitos de definición de un episodio depresivo, pero permanecen algunos síntomas del estado de ánimo.

Trastorno depresivo, episodio único, actualmente en remisión total: Se diagnostica cuando se cumplen todos los requisitos de definición de un episodio depresivo y ya no hay síntomas significativos del estado de ánimo. No hay antecedentes de episodios depresivos anteriores al episodio bajo consideración.

2.3.5. Trastorno Depresivo Recurrente.

Se caracteriza por antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo. Involucra un período de estado de ánimo casi a diario deprimido o disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes

de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga. Nunca ha habido ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o un episodio mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar. Presenta las siguientes variantes:

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de trastorno depresivo recurrente y actualmente hay un episodio depresivo de un nivel de intensidad leve.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado sin síntomas psicóticos: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y actualmente hay un episodio depresivo de un nivel de gravedad moderado, pero no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado con síntomas psicóticos: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y actualmente hay un episodio depresivo de un nivel de gravedad moderado, con delirios o alucinaciones durante el episodio.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave, sin síntomas psicóticos: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y el episodio actual es grave y no hay delirios ni alucinaciones durante el episodio.

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente y el episodio actual es grave y hay delirios o alucinaciones durante el episodio

Trastorno depresivo recurrente, episodio actual, gravedad no especificada: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo y hay antecedentes de episodios depresivos anteriores, pero no hay información suficiente para determinar la gravedad del episodio depresivo actual.

Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión parcial: Se diagnostica cuando se cumplen los requisitos de definición del trastorno depresivo recurrente; los requisitos de definición completos de un episodio depresivo ya no se cumplen, pero se mantienen algunos síntomas del estado de ánimo.

Trastorno depresivo recurrente, actualmente en remisión completa: Se diagnostica cuando se cumplen todos los requisitos de definición de un episodio depresivo y ya no hay síntomas significativos del estado de ánimo.

2.3.6. Trastorno Distímico.

Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente (es decir, que dura dos años o más), durante la mayor parte del día, durante más días que no. En niños y adolescentes, el estado de ánimo depresivo puede manifestarse como una irritabilidad generalizada. El estado de ánimo depresivo se acompaña de otros síntomas como interés o placer notablemente disminuidos en las actividades, concentración y atención reducidas o indecisión, autoestima baja o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza sobre el futuro, sueño perturbado o aumento del sueño, disminución o aumento del apetito, y energía baja o fatiga. Durante los primeros dos años del trastorno, nunca ha habido un período de dos semanas durante el cual el número y la duración de los síntomas fueran suficientes para cumplir con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo. No hay antecedentes de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

2.3.7. Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.

Se caracteriza por síntomas de ansiedad y depresión la mayor parte de los días durante un periodo de dos semanas o más. Ningún conjunto de síntomas, considerados por separado, es lo suficientemente grave, numeroso o persistente para justificar el diagnóstico de un trastorno de episodio depresivo, distimia o relacionado con ansiedad y miedo. El estado de ánimo depresivo o el interés disminuido en las actividades debe estar presente, acompañado por síntomas depresivos adicionales así como síntomas múltiples de ansiedad. Los síntomas causan una angustia significativa o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento. Nunca ha habido ningún episodio anterior de tipo maníaco, hipomaníaco, o mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.

2.4. Clasificación y Criterios Diagnósticos de la Depresión en DSM-V (APA, 2013).

El DSM-V divide los trastornos depresivos en: trastorno de depresión mayor (subdividido en función a su intensidad, presencia o ausencia de características psicóticas y nivel de remisión), trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por sustancias, trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y trastorno depresivo no especificado. La Figura 7 muestra las categorías de interés para el presente documento.

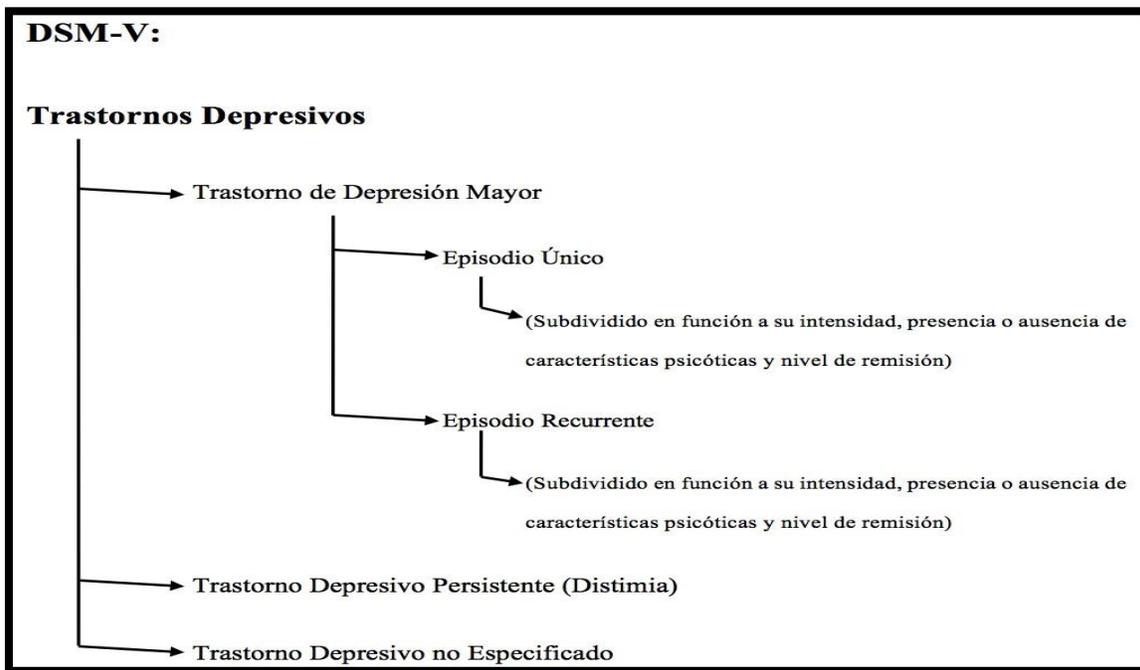


Figura 7. Clasificación de los Trastornos Depresivos en DSM-V (se omiten aquellos que no son relevantes para este documento)

De acuerdo con el DSM-V los principales síntomas del trastorno depresivo son:

- ❖ Sensación de tristeza o de vacío (Estado de ánimo deprimido)
- ❖ Disminución o pérdida del placer o del interés.
- ❖ Aumento o disminución del apetito y en consecuencia un aumento o pérdida del peso corporal.
- ❖ Alteraciones del sueño (Insomnio o hipersomnia).
- ❖ Agitación o lentitud en los movimientos.
- ❖ Fatiga o pérdida de energía.

- ❖ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos.
- ❖ Disminución de la concentración y de la toma de decisiones.
- ❖ Pensamientos constantes de muerte.

Acompañados de un estado de ánimo bajo, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, con una duración de por lo menos dos semanas, los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Para el diagnóstico del trastorno depresivo es importante detectar la presencia de un ánimo triste, vacío, en ocasiones irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Se aconseja especificar la gravedad y el curso del padecimiento mediante criterios como: Leve, moderado, grave, con o sin características psicóticas, con o sin catatonia, en remisión parcial o total, recurrente, única o no especificado.

2.4.1. Trastorno Depresivo Mayor.

El trastorno depresivo mayor es el más común de su grupo, sumado a esto, se debe considerar la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor, tomando en cuenta la aparición de cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. Se recomienda especificar el trastorno en función de su intensidad, presencia o ausencia de características psicóticas y nivel de remisión.

Aunque es posible realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente con mayor duración a las dos semanas que se aplican como requisito para diagnóstico, los síntomas deberían aparecer casi cada día para diagnosticar, con excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Debería haber ánimo deprimido la mayor parte del día, casi diario.

El DSM-V (APA, 2013), describe el posible desarrollo y curso del trastorno, así como diversas recomendaciones para el diagnóstico:

- ❖ El trastorno depresivo mayor puede aparecer por primera vez a cualquier edad, sin embargo, es más frecuente que se presente en torno a los 20 años, durante la etapa de la pubertad o bien, durante la tercera edad. El curso del trastorno depresivo mayor es bastante variable, algunos pacientes apenas presentan remisiones, mientras que otros permanecen durante muchos años con pocos o ningún síntoma entre los episodios. Además, la cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, disminuyendo la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta la remisión completa.
- ❖ Durante los episodios depresivos mayores, se ha demostrado con intervenciones de tipo cognitivo conductual dos de cada cinco pacientes alivian sus síntomas en el lapso de tres meses, mientras que tres de cada cinco pacientes empiezan a notar disminución de sus síntomas en un plazo de un año. Se puede esperar que pacientes que solo han estado deprimidos durante varios meses se recuperen de modo espontáneo, mientras que aquéllos que ya tienen un historial de episodios recurrentes tienden a periodos de recuperación más lentos. Los rasgos psicóticos,

ansiedad intensa, trastornos de personalidad, son factores que influyen en la intensidad de los síntomas, provocando tiempos de recuperación más elevados.

- ❖ El riesgo de recaída es mayor en los pacientes cuyo episodio anterior fue grave, en los sujetos jóvenes y en las personas que han presentado múltiples episodios. Cabe destacar que muchas enfermedades bipolares comienzan con uno o más episodios depresivos, y en una proporción considerable de pacientes que inicialmente parecen tener un trastorno depresivo mayor, se acaba probando con el tiempo que en realidad padecen un trastorno bipolar. Esto es más probable en los pacientes en que la enfermedad se inicia en la adolescencia, en los que tienen rasgos psicóticos y en los que tienen antecedentes familiares de trastorno bipolar.
- ❖ Las enfermedades médicas crónicas y las enfermedades terminales aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. Enfermedades como la diabetes, obesidad mórbida y la patología cardiovascular, cáncer, insuficiencia renal terminal, etc. se complican a menudo con episodios depresivos, y es más probable que estos episodios se vuelvan crónicos si se comparan con los episodios depresivos de los pacientes sin enfermedades médicas.
- ❖ A grandes rasgos, el género y la edad no son factores que causen diferencias determinantes en la sintomatología, sin embargo, la hipersomnia y la hiperfagia son más probables en personas jóvenes, mientras que en las personas mayores es frecuente que se presenten alteraciones psicomotoras, insomnio e hipofagia. La probabilidad de los intentos de suicidio disminuye durante la época adulta media y tardía aunque no disminuye el riesgo de suicidio consumado.

- ❖ Es frecuente que en las primeras sesiones el paciente niegue sus sentimientos de tristeza; se vuelve importante estar atento a la expresión facial. Aspectos como insomnio y fatiga son más fáciles de exteriorizar durante las primeras sesiones y debido a su elevada relación con la depresión pueden dar indicios para continuar la exploración en entrevista, es común que el paciente no pueda evitar el llanto. En los pacientes que se centran en una queja somática, los clínicos deberían determinar si el malestar de esa queja se asocia a síntomas depresivos específicos.
- ❖ Las alteraciones psicomotoras son mucho menos frecuentes pero son indicativas de una mayor gravedad. Los cambios psicomotores incluyen la agitación, movimientos corporales ralentizados, aumento de las pausas antes de contestar, disminución del volumen, la inflexión, la cantidad o la variedad del contenido del discurso, o mutismo). Es posible que se reduzca la eficiencia con la que se realizan las tareas. Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que lavarse y vestirse por las mañanas resulta extenuante y requiere el doble de tiempo de lo habitual.
- ❖ La alteración del apetito puede producirse en forma de disminución o de aumento, y es ahí donde se presentan los aumentos o pérdidas significativas de peso. Algunos pacientes con depresión refieren que tienen que forzarse para comer y otros tienen ansia por consumir determinados alimentos, es común la búsqueda de carbohidratos. Las alteraciones del sueño son un motivo de consulta inicial muy frecuente, se pueden presentar en forma de dificultad para dormir o de sueño excesivo, normalmente se presenta como un insomnio medio (despierta a lo largo de la noche con dificultades para volverse a dormir). También puede existir insomnio precoz (dificultad para quedarse dormido). Hipersomnia (sueño prolongado durante la noche o un aumento del sueño durante el día).

- ❖ El sentimiento de inutilidad o de culpa que se presenta en el episodio depresivo mayor puede incluir evaluaciones negativas, fuera de la realidad, de la propia valía, preocupaciones de culpa, rumiaciones sobre pequeños errores del pasado, llevando a la interpretación incorrecta de acontecimientos diarios neutros, llevando a reafirmar percepciones negativas. Es muy frecuente que el paciente se culpe a sí mismo de estar enfermo y de fracasar en sus responsabilidades.
- ❖ En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado. En los niños y los adolescentes, el ánimo suele ser irritable más que triste, lo cual debe diferenciarse de los patrones de irritabilidad ante la frustración. Los pacientes pueden referir que se sienten menos interesados por los pasatiempos, "que no les importan", o que no sienten placer en las actividades que antes consideraban placenteras. Los familiares notan a menudo un mayor aislamiento social. También es frecuente una reducción significativa del interés o del deseo sexual.
- ❖ En pacientes de la tercera edad es importante buscar diferenciar entre cualquier indicio de demencia, ya que la depresión afecta sobre la capacidad de recuperar contenido previamente aprendido y el paciente puede acudir con el motivo de consulta enfocándose a esa dificultad por recordar, la cual podría estar camuflando una depresión. Cuando el episodio depresivo se trata con éxito, los problemas de memoria a menudo desaparecen por completo.
- ❖ En los niños, un descenso abrupto de las notas puede reflejar poca concentración y vale la pena descartar aspectos depresivos. Los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen más dolor, más enfermedades físicas y más disminución del funcionamiento en las áreas físicas. El clínico debe tener precaución para no sobrediagnosticar un episodio depresivo mayor en los niños con

trastorno por déficit de atención/hiperactividad cuya alteración del ánimo se caracterice por irritabilidad más que por tristeza o por pérdida de interés.

- ❖ Para diagnosticar depresión, el paciente nunca debe haber presentado un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico y los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo). Por ejemplo, el ánimo deprimido que ocurre sólo en el contexto de la abstinencia de cocaína se debería diagnosticar como trastorno depresivo inducido por cocaína. Además la alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- ❖ Para diferenciar la depresión de un proceso normal de duelo, es útil reconocer que en duelo los pensamientos suelen asociarse a recuerdos del difunto, mientras que en el episodio depresivo existen preocupaciones menos específicas, por lo general se presenta la autocrítica o la rumiación pesimista. Incluso durante el duelo pueden aparecer cambios de humor y emociones positivas que no son característicos de la intensa infelicidad y miseria que caracteriza a un episodio depresivo. En el duelo, la autoestima por lo general se conserva, siendo uno de los aspectos más afectados durante el episodio depresivo donde los sentimientos de no valer para nada y de desprecio por uno mismo se elevan en exceso.
- ❖ Respecto al suicidio, en el duelo aparecen ideas de autoanulación, las cuales implican la percepción de haber fallado al difunto. Si un individuo en duelo piensa en la muerte y en el hecho de morir, estos pensamientos se centran por lo general en el difunto y posiblemente en "reunirse" con él. Aunque el duelo suele conllevar un gran sufrimiento, no induce normalmente

un episodio depresivo mayor. Sin embargo, es común que se detone una depresión mayor en situaciones de duelo debido a que existen personas con mayor grado de vulnerabilidad a padecer los trastornos depresivos, en estos casos es especialmente notorio el efecto de los antidepresivos, en cambio, en la persona con depresión mayor, los pensamientos se enfocan en terminar con su vida debido a sentimientos de inutilidad, de no ser digno de vivir o de ser incapaz de hacer frente al dolor de su existencia.

- ❖ Para distinguir el duelo de un episodio de depresión mayor, es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en episodio depresivo predomina el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer.

2.4.2. Distimia.

Depresión crónica del estado de ánimo que no corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios (aunque pueden haberse satisfecho las pautas para un episodio depresivo leve en el pasado, en especial al inicio del trastorno).

Las personas con distimia tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. La distimia tiene mucho en común con los conceptos de neurosis depresiva y depresión neurótica. Están constantemente quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana.

2.5. Instrumentos Para Diagnóstico

En salud mental, establecer un diagnóstico no se puede realizar basándose exclusivamente en instrumentos, incluso cuando sean estandarizados. Pero si bien es cierto, que cada persona es distinta y cada sintomatología tiene que ser entendida en torno a un individuo específico, los instrumentos han pasado por rigurosos procesos con la finalidad de brindar un mayor grado de objetividad, implicando múltiples ventajas, como el uso para tamizaje, la medición de intensidad, presencia o ausencia de síntomas, profundización de información e incluso puede servir de apoyo para obtener indicios que posteriormente sean abordados de manera cualitativa.

En el caso de la depresión, existen pruebas validadas para uso en población mexicana que pueden resultar útiles:

- ❖ Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) - Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas (González, Rodríguez y Reyes-Lagunes, 2015).
- ❖ Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7) – Prueba útil para tamizaje. Indica la probable presencia de síntomas depresivos durante la última semana que los presentó (Salinas-Rodríguez et al. 2014).
- ❖ Escala de Birleson Para el Trastorno Depresivo Mayor - Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza (De la Peña et al. 1996).

- ❖ Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) - Instrumento con diversas adaptaciones para ser utilizado en el ámbito hospitalario para evaluar síntomas de ansiedad y depresión (Orozco, Terán, Casarrubias, García y Madero, 2013).

2.6. Factores de Riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo pueden sumarse y aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciendo un fenómeno de interacción que incrementa la probabilidad de adquirir un padecimiento (Pita-Fernández, 1997).

2.6.1. Factores Ambientales.

En 1967, Thomas Holmes y Richard Rahe elaboraron la “Escala Reajuste Social Holmes-Rahe”, analizando más de 5.000 registros médicos de pacientes en la búsqueda de alguna conexión entre estrés y el hecho de que hubieran enfermado. La escala contiene una lista de 43 acontecimientos vitales a los que se otorga una puntuación en función de lo estresantes que son para la persona que los experimenta, evaluando lo estresante que era un hecho, tomando en cuenta la carga negativa del acontecimiento y otros elementos como grado de incertidumbre que provocan o el cambio desagradable que supone para la persona. Esta escala permitió obtener cifras mediante una metodología objetiva, para comprender el gran peso que los factores ambientales ejercen sobre la salud mental de las personas (Holmes & Rahe, 1967).

La mayoría de quienes padecen depresión han vivido una experiencia estresante previa al inicio de su sintomatología, lo cual debería ser entendido como un evento desencadenante y no

como una causa directa. Existen muchos sucesos vitales que actúan como factores de riesgo, entre ellos destacan principalmente la muerte del cónyuge, la pérdida del trabajo, dificultades de pareja y pérdida de relaciones sociales estrechas. A estos sucesos se les atribuye un gran peso a la hora de poder sufrir episodios depresivos mayores (Kessler, 1977 y Kaplan, Sadock & Grebb, 1994).

Durante la infancia los principales acontecimientos adversos que elevan la probabilidad de presentar depresión son el abuso sexual y físico, la pobre relación entre padres e hijos, divorcio entre los padres, abuso escolar, siendo el más importante la muerte de uno o de ambos padres antes de los once años de edad (Radden, 2008).

1. Muerte del cónyuge:	100	23. Cambio de responsabilidad en el trabajo:	29
2. Divorcio:	73	24. Hijo o hija que deja el hogar:	29
3. Separación matrimonial:	65	25. Problemas legales:	29
4. Encarcelación:	63	26. Logro personal notable:	28
5. Muerte de un familiar cercano:	63	27. La esposa comienza o deja de trabajar:	26
6. Lesión o enfermedad personal:	53	28. Comienzo o fin de la escolaridad:	26
7. Matrimonio:	50	29. Cambio en las condiciones de vida:	25
8. Despido del trabajo:	47	30. Revisión de hábitos personales:	24
9. Desempleo:	47	31. Problemas con el jefe:	23
10. Reconciliación matrimonial:	45	32. Cambio de turno o de condiciones laborales:	20
11. Jubilación:	45	33. Cambio de residencia:	20
12. Cambio de salud de un miembro de la familia:	44	34. Cambio de colegio:	20
13. Drogadicción y/o alcoholismo:	44	35. Cambio de actividades de ocio:	19
14. Embarazo:	40	36. Cambio de actividad religiosa:	19
15. Dificultades o problemas sexuales:	39	37. Cambio de actividades sociales:	18
16. Incorporación de un nuevo miembro a la familia:	39	38. Cambio de hábito de dormir:	17
17. Reajuste de negocio:	39	39. Cambio en el número de reuniones familiares:	16
18. Cambio de situación económica:	38	40. Cambio de hábitos alimentarios:	15
19. Muerte de un amigo íntimo:	37	41. Vacaciones:	13
20. Cambio en el tipo de trabajo:	36	42. Navidades:	12
21. Mala relación con el cónyuge:	35	43. Leves transgresiones de la ley:	11
22. Juicio por crédito o hipoteca:	30		

Figura 6. Escala de acontecimientos vitales Holmes y Rahe 1976. Acontecimientos vitales estresantes de mayor a menor (De la Revilla, Ríos & Castillo, 1994).

Durante la infancia los principales acontecimientos adversos que elevan la probabilidad de presentar depresión son el abuso sexual y físico, la pobre relación entre padres e hijos, divorcio

entre los padres, abuso escolar, siendo el más importante la muerte de uno o de ambos padres antes de los once años de edad (Radden, 2008).

Respecto a la Violencia, Kemp, Rawlings y Green (1991), afirman que la frecuencia y la severidad sufrida, son más importantes que la duración del maltrato al momento de presentar sintomatología depresiva. En México se cuenta con la siguiente información respecto a cifras de condiciones ambientales potencialmente estresantes:

Entidad								
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Estados Unidos Mexicanos	69.5	66.6	72.3	73.3	73.2	72.4	74.3	79.4

Figura 7. Cifras oficiales publicadas por el INEGI. Porcentaje de población mayor de 18 años, percepción de inseguridad, promedio del país (INEGI, 2019).

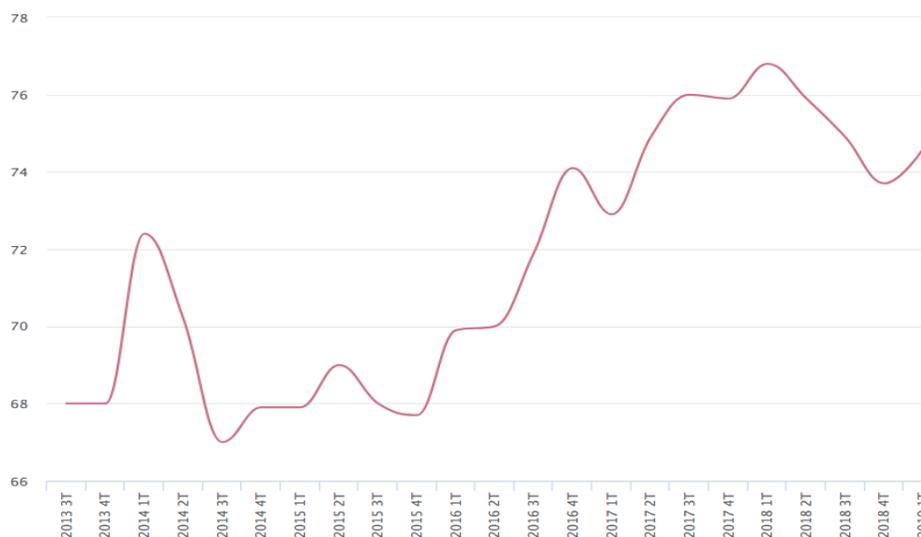


Figura 8. Cifras oficiales publicadas por el INEGI. Porcentaje de población mayor de 18 años, percepción de inseguridad, por trimestre de 2013 a 2019 (INEGI, 2019).

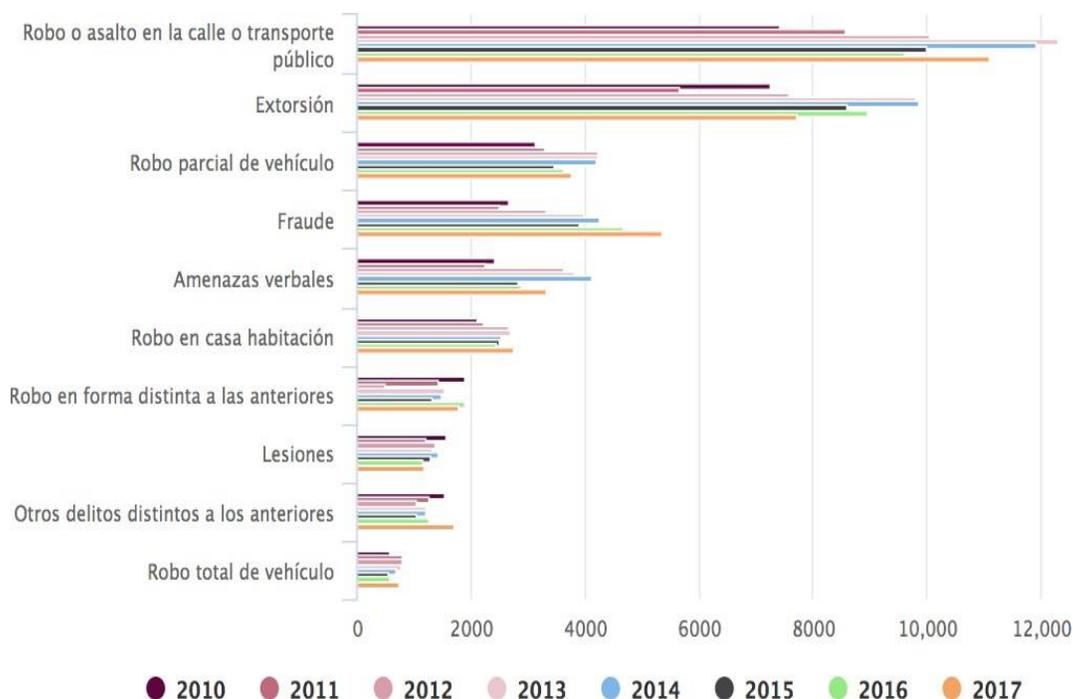


Figura 9. Cifras oficiales publicadas por el INEGI. Tasa de incidencia delictiva nacional, por cada cien mil habitantes, por tipo de delito (INEGI, 2019).

En un estudio realizado por García (2004), se analizó La respuesta de cortisol ante un examen y su relación con otros acontecimientos estresantes y con algunas características de personalidad. Uno de los resultados más interesantes sugiere que las diferencias de personalidad ante situaciones estresantes resultan en diferencias de cortisol generado. En su experimento los sujetos con personalidad menos cordial secretaron menor cantidad de cortisol en situaciones estresantes. Lo cual pudiera estar relacionado con resultados obtenidos en primates, donde los miembros dominantes de un grupo social, muestran conductas más agresivas y niveles de cortisol más bajos que los primates subordinados.

2.6.2. Factores Culturales.

Los estudios sobre el trastorno depresivo mayor en las diferentes culturas han mostrado diferencias importantes en la expresión de sintomatología. Sociedades orientales tienden a manifestar molestias somáticas, mientras que los pacientes occidentales refieren con mayor frecuencia el malestar emocional. Aún no es posible determinar asociaciones entre culturas concretas y síntomas específicos, en parte debido a los retos metodológicos que esto implica, por ejemplo, en algunos países la depresión es estigmatizada como reflejo de debilidad y en parte es por eso que la sintomatología suele reflejarse a elementos somáticos (Córdoba & Merchán, 2010).

El nivel socioeconómico bajo expone a las personas a más situaciones estresantes, ya que presentan un menor nivel de educación o un menor acceso a servicios de salud mental incrementando la vulnerabilidad a la ansiedad y depresión, sin embargo, en países de ingreso económico medio y bajo como México, la India, China y Sudáfrica, las tasas de depresión son menores a las presentadas en países como Francia, Holanda, Nueva Zelanda, Japón y E.U. Estos países de primer mundo parecen tener mayor tendencia a la depresión, mientras que países de tercer mundo parecen tener cifras inferiores, quedando abierta la interrogante de si esto se puede atribuir a dinámicas sociales y a la infradiagnóstico (Seedat, Scott, Angermeyer, Barglund, Bromet, Brugha & Karam, 2009).

La cultura juega un papel primordial en los síntomas depresivos, sobre todo, en lo relacionado con la falta de apoyo por parte de los entes sociales como son la familia y la sociedad, principalmente, debido a que éstos son los centros de las primeras socializaciones de los seres humanos; pero a nivel mundial los criterios clínicos de atención primaria representan una variabilidad muy amplia en el diagnóstico, dificultando el abordaje comparativo entre culturas. El

insomnio y la pérdida de energía son los síntomas que se presentan de manera más uniforme (APA, 2013 y Córdoba & Merchán, 2010).

Debido a factores específicos en la región, en México, se pueden destacar acontecimientos adversos derivados de la violencia, inseguridad y crisis económico-moral. Entre estos destacan el abuso sexual, asaltos con arma, atestiguar muertes o lesiones graves y ser víctima de secuestros o amenazas (Berenzon et al., 2013).

2.6.3. Factores De Género.

La prevalencia de depresión es mayor entre las mujeres, quienes poseen la mayor probabilidad de cometer intentos de suicidio, sin embargo, los hombres tienen mayor probabilidad de consumar el acto (Ceballos, 2010).

Ante esta diferencia entre géneros existen teorías que apuntan a lo biológico, mientras que otras señalan a factores psicosociales. Aún no se consigue evidencia definitiva al respecto, pero la tendencia ha sido considerar que las diferencias de prevalencia entre género se deben principalmente a cuestiones de roles sociales.

Las hipótesis siguen abiertas, algunas señalan que las mujeres muestran más síntomas de depresión y ansiedad porque la expresión de sus emociones es permitida por la sociedad, mientras que en el hombre se penaliza la expresión abierta de emociones, volviéndoles más vulnerables al consumo de drogas, alcohol o conductas antisociales (Rafful, Medina-Mora, Borges & Benjet, 2012).

En la exploración de las variables psicosociales asociadas a la depresión y ansiedad en mujeres mexicanas, se encuentran aspectos como ser jefa de familia, dedicarse exclusivamente al

hogar o adquirir la responsabilidad del cuidado de un enfermo. Mientras que en los hombres las variables asociadas más frecuentes son tener un nivel socioeconómico bajo, una mayor exposición a las dificultades de la pobreza, desempleo, aislamiento social, problemas legales, experiencias de violencia, consumo de sustancias adictivas y la migración (Berenzon et al., 2013). Este enfoque a lo psicológico por encima de lo biológico deja abierta la posibilidad de que el riesgo a tener depresión o ansiedad, depende de los estilos de afrontamiento de problemas que cada persona tiene, de tal manera que aquéllos con déficits en habilidades de solución de problemas, independientemente de su género, tenderán a deprimirse o angustiarse (Seedat et al., 2009).

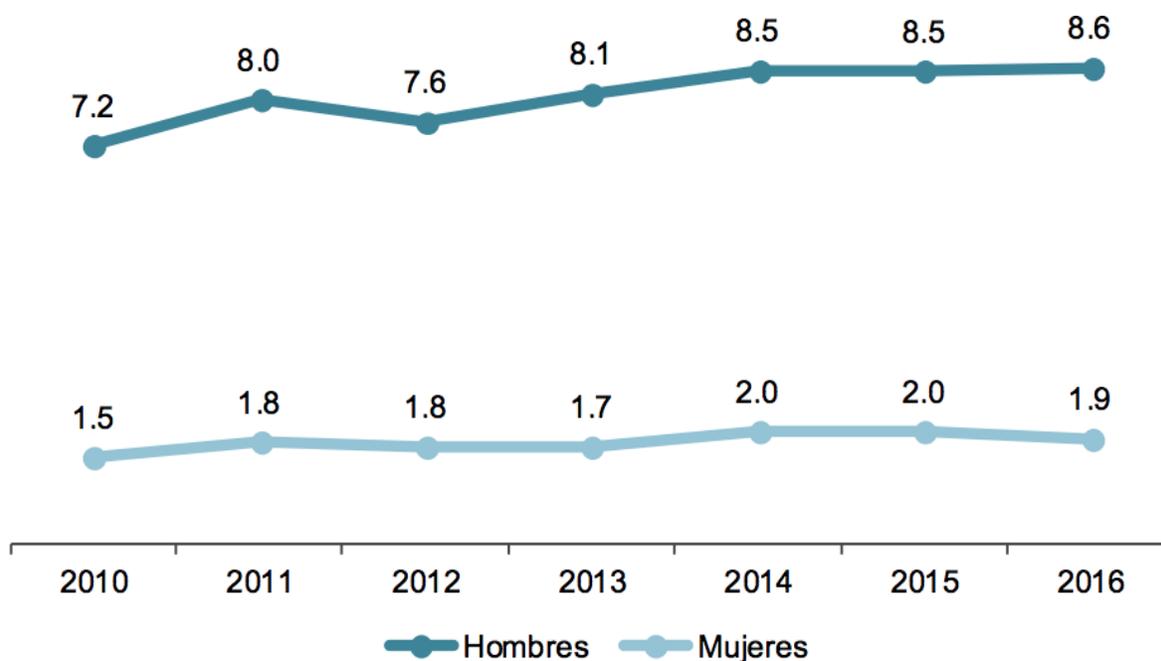


Figura 10. Cifras oficiales publicadas por INEGI. Tasa de suicidios por sexo en México (por cada 100,000 habitantes), de 2010 a 2016 (INEGI, 2019).

2.6.4. Influencia del Contexto.

Balanza, Morales y Guerrero (2009), plantean que existe una estrecha interrelación entre la depresión, la dinámica familiar y el rendimiento escolar, en la cual los datos sugieren que existe una relación inversa entre el nivel de rendimiento escolar y la tendencia depresiva, por lo tanto, a mayor nivel de depresión existe un menor rendimiento escolar. Resulta interesante plantearse, si un bajo rendimiento ocasiona sintomatología depresiva o si esto se debe a que la sintomatología depresiva es la causante del bajo rendimiento académico.

Algunos estudios sugieren que las dinámicas familiares son el principal punto de origen para esta sintomatología, considerando que la falta de cohesión y afectos positivos se suma al limitado control y falta de organización establecida en las familias. Lo anterior se refleja en una falta de apoyo emocional y escasez de reglas, carencia de estructura, claridad y organización en las responsabilidades del individuo, de tal manera que existe una estrecha relación entre la depresión severa en los adolescentes y el bajo control establecido en sus familias, la falta de organización y el fallo en el desarrollo de la autonomía (Gómez, Bohórquez, Pinto, Laverde, Rondón & Díaz, 2004), a los que se podrían agregar factores como la baja integración emocional y búsqueda de sentido de pertenencia social.

Los comportamientos hostiles también tienen un efecto significativo sobre la probabilidad de presentar sintomatología depresiva: enfrentamiento, rechazo y agresiones, son factores que elevan los riesgos de padecer depresión; de igual manera la familia es el primer círculo social de la persona, en el cual se aprenden estilos de interpretación, pudiendo derivar en una estructura cognitiva con tendencia a la patología. Lo que implica desde posibles alteraciones del autoestima hasta estilos disfuncionales de relación con la sociedad (Gómez et al., 2004).

2.6.5. Influencia de la Tecnología.

En la última década la tecnología ha generado grandes cambios que repercuten sobre la interacción social. Se ha generado una aceleración extrema y un aumento incalculable en la cantidad de contenido social al cual la persona puede acceder a través de plataformas dentro de internet. El ser humano tiene que adaptarse a las nuevas tecnologías, las cuales han llegado para quedarse, no obstante ello, esta aceleración de los procesos y modalidades de la comunicación está produciendo una serie de fenómenos que aún no han sido explorados a profundidad y, en la medida que surgen nuevos estudios los usuarios se trasladan a plataformas que presentan características significativamente distintas y con ello se planten nuevos retos para el correcto tratamiento de las alteraciones psicológicas que se pueden producir en tales contextos.

De acuerdo con Herrera, Pacheco, Palomar & Zavala (2010), no se cuenta con una definición específica de lo que podría considerarse adicción a internet y es necesario crear categorías más específicas para poder entender los patrones adictivos en el uso de la tecnología. Para ello resulta útil el concepto general de adicciones comportamentales (sin sustancias), con el cual se agrupan comportamiento como la impulsividad incontrolable, preocupación, síndrome de abstinencia, tiempo y esfuerzo excesivo invertido en internet e impedimentos en la habilidad para la toma de decisiones, así como, repercusiones en la funcionalidad del individuo. En este sentido, se ha optado por utilizar términos como “dependientes de internet” o “usuarios patológicos de tecnología”, este enfoque resulta más amplio, ya que no es necesaria la conexión a internet para poder presentar un comportamiento desadaptativo relacionado con el uso de dispositivos electrónicos y cada situación presentará distintas variables en función de los elementos implicados.

Un avance en este sentido se encuentra en la última versión del CIE (OMS, 2019), la onceava versión incluye la nueva categoría de “Trastorno por uso de Videojuegos”, la cual se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente ("juegos digitales" o "videojuegos"), que puede ser en línea (por internet) o fuera de línea, y que se manifiesta por:

- ❖ Deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto)
- ❖ Incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria
- ❖ Continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento.

El patrón de comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves (OMS, 2019).

Especialmente para las nuevas generaciones, estas plataformas no son sólo una herramienta de comunicación, sino que influyen en la manera en que se aprende y habilitan necesidades para participar en las nuevas formas de socialización de la era digital. La dinámica de estos elementos resulta compleja ya que los usuarios están utilizando estas tecnologías para crearse nuevas identidades en el entorno digital, ocasionando conflicto a la hora de desenvolverse de manera funcional en entornos ajenos a las redes sociales. En este proceso, aspectos como la depresión,

ansiedad, problemas de autoestima, expectativas irracionales y fobias sociales juegan un papel crucial. Se han descrito alteraciones comportamentales asociadas a un uso excesivo de la red, tales como sentimientos de culpa, deseo intenso de estar o continuar conectado a ella, pérdida de control y de tiempo de trabajo o de clases, síntomas psicopatológicos, etc. (Young, 2009).

Estudios acerca de la relación que existe entre la autoestima y las relaciones interpersonales sugieren que el hecho de pasar más tiempo dentro de las redes sociales, no significa que las personas aumenten su interacción social, autoestima satisfacción en sus relaciones, pues el elemento esencial de la socialización y del proceso de comunicación se encuentra en la calidad de las interacciones del sujeto, así como en su personalidad. Sumado a esto, la interacción virtual es diferente de la interacción real, ya que debido a múltiples factores de la naturaleza humana para una comunicación eficaz (como la necesidad de empatía), la interacción interpersonal con contacto físico y real es más fuerte que en el medio virtual para el establecimiento de vínculos afectivo-emocionales. Cuando una persona interactúa en las redes y no fomenta las interacción reales, puede ser un síntoma que refleje disfuncionalidad en las habilidades de socialización (Herrera et al., 2010).

La Real Sociedad Británica de Salud Pública, tras una investigación llevada a cabo con 1.479 británicos entre los 14 y los 24 años, ha clasificado a Instagram como la peor red social para la salud mental de los jóvenes ya que gira en torno a la imagen, parece existir una asociación entre el uso de Instagram y los síntomas depresivos a través del mecanismo de comparación social. Sumado a esto se ha encontrado que el uso de estas plataformas disminuye la realización de actividades deportivas y participación con amigos, lo cual parece repercutir de manera directa sobre la sintomatología de ansiedad y depresión (Lup, Trub & Rosenthal, 2015).

2.6.6. Factores Hereditarios.

Múltiples estudios indican que la probabilidad de padecer un trastorno depresivo es de dos a cuatro veces mayor en personas cuyos familiares de primer grado lo han padecido; esto abre la interrogantes entre el peso de la herencia y el de la crianza como causa principal (Silva, 2002 y APA, 2013).

Estudios efectuados en gemelos, concuerdan en que la influencia genética es un factor muy importante para explicar las tendencias familiares a la depresión. La heredabilidad de la depresión mayor se estima entre 31 a 42%, lo cual se encuentra en el rango de muchos parámetros biomédicos comunes e importantes, como la presión arterial y el colesterol sanguíneo. La realización de estudios a gran escala en los cuales se involucre el abordaje de gemelos criados en ambientes distintos, con la utilización de rigor científico resulta un reto demasiado elevado. De tal forma, determinar si la depresión es principalmente "genética" o "ambiental" actualmente no resulta posible y las teorías tienden a inclinarse de acuerdo a las preferencias individuales de cada profesional (Sullivan, Neale & Kendler, 2000).

El conocimiento del genoma humano ha tenido grandes avances, es posible detectar genes que confieren vulnerabilidad para trastornos como la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, los trastornos psiquiátricos mayores no han alcanzado tal claridad, ya que la naturaleza de estos y la complejidad de los métodos de investigación, sumado a que posiblemente se vean involucrados un gran número de genes que interactúan entre si, de los cuales ninguno tiene por sí solo un impacto definitivo sobre el riesgo de enfermar, lo cual lleva a una elevada variabilidad. La postura actual entre genes y ambiente se encuentra en un punto más bien conciliador. Se considera que la

presencia de estos genes requiere situaciones ambientales y estilos cognitivos que permitan su activación (Kendler, Kessler, Walters, MacLean, Neale, Heath & Eaves, 2010).

De cualquier manera, abordar los antecedentes en la historia familiar resulta clave durante el diagnóstico, ya que los individuos con amplio historial depresivo en sus familias tienden a tener depresión mayor con episodios recurrentes, elevados niveles de incapacidad durante los episodios y una edad de comienzo menor (Silva, 2002).

2.7. Neuroquímica de la Depresión

Aunque existe una gran amplitud de datos bibliográficos que describen los correlatos neuroanatómicos, neuroendocrinos y neurofisiológicos del trastorno depresivo mayor, no existe ninguna prueba de laboratorio que haya probado tener suficiente sensibilidad y especificidad para usarse como herramienta diagnóstica para este trastorno (APA, 2013).

Actualmente la depresión es entendida como una enfermedad compleja, que afecta a diferentes sistemas, aunque sus principales manifestaciones se expresan en el plano psíquico. Sin embargo, involucra alteraciones en los sistemas de neurotransmisión cerebrales y en los sistemas neuroendocrinos e inmunológicos, lo cual puede explicar la variedad de síntomas observables en la fase depresiva. Se cree que esta enfermedad se origina en la interacción compleja entre una predisposición genética y sucesos vitales, lo cual produce cambios significativos en el sistema nervioso central (Silva, 2002).

Silva (2002) recopila los aspectos más relevantes en torno a la neuroquímica de la depresión:

- ❖ Alteraciones en el Sistema Serotoninérgico. La medición de los niveles de triptófano y serotonina, así como de su metabolito (el ácido cinco hidroxindolacético), en los fluidos

biológicos como índices de la disponibilidad y la función de la serotonina cerebral, ha resultado difícil e incompleta. Sin embargo, los estudios en que se ha visto alterado el triptófano, han evidenciado la necesidad de mantener la integridad metabólica de la serotonina como un requisito indispensable para que pueda ocurrir la respuesta antidepresiva.

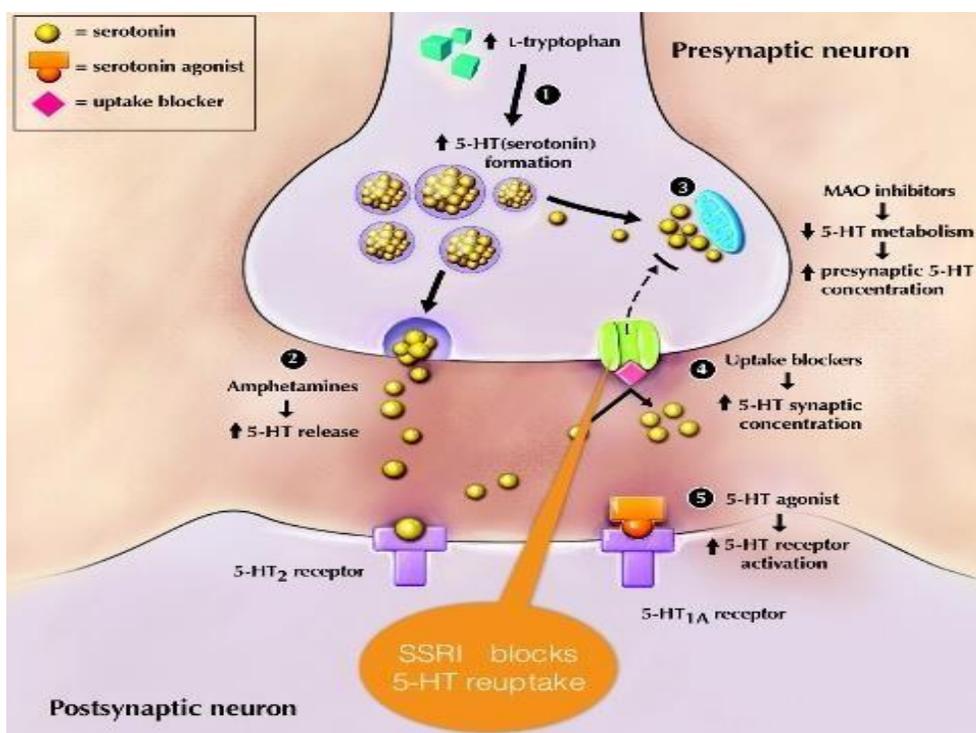


Figura 11. Proceso de Neurotransmisión de Serotonina Involucrado en la depresión (Silva, 2002).

- ❖ **Cambios Endocrinos.** Se han encontrado anomalías del funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, concretamente trastornos en la secreción de cortisol, en este sentido, la prueba de supresión de cortisol con dexametasona, en algún momento fue considerada una prueba diagnóstica para depresión, también se observan alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo, donde hay un aplanamiento del ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea. Algunos pacientes depresivos tienen elevadas concentraciones de

hormona liberadora de tirotrófina en el líquido cefalorraquídeo y la administración directa de tirotrófina en el líquido cefalorraquídeo por inyección intratecal puede ejercer un efecto antidepresivo agudo.

- ❖ Alteraciones del sistema inmunológico. Estas varían dependiendo de la severidad clínica, edad y sexo del paciente. Los pacientes ancianos con depresión severa tienen una disminución del número de células CD4 y de la respuesta del mitógeno de los linfocitos, lo que puede estar reflejando un efecto de la depresión, relacionado con una baja eficiencia del sistema inmunológico. En general se han encontrado niveles elevados de citocinas proinflamatorias, lo cual predispone al organismo a generar inflamaciones ante elementos ambientales, pero estos datos solo sugieren correlaciones y no se han logrado establecer relaciones causales.
- ❖ Áreas cerebrales. Se ven involucradas las estructuras límbicas (cíngulo, hipocampo, cuerpos mamilares y tálamo anterior), los circuitos de recompensa (núcleo accumbens, sublenticular, amígdala extendida, amígdala, tegmento ventral, cíngulo, ínsula, tálamo, giro parahipocámpico y corteza prefrontal), el hipotálamo y la corteza temporal anterior. Los pacientes con infartos que afectan las regiones frontales derechas suelen presentar un estado de ánimo indiferente, apático o eufórico, en tanto los pacientes con infartos que afectan las regiones frontales izquierdas suelen presentar ansiedad o depresión. En relación a la producción de serotonina, a nivel cerebral la mayor cantidad de este neurotransmisor se genera en los núcleos del Rafé, principalmente en el noveno núcleo del Rafé, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral, por lo cual esta área es relevante en torno a los procesos captación de serotonina mencionados. La actividad de las neuronas del Locus Coeruleus aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal

alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir, esta relación con la activación del organismo continua siendo investigada en búsqueda de encontrar correlaciones entre el Locus Coeruleus y los estados energéticos del pacientes con depresión.

2.7.1. Tratamiento con fármacos.

En la actualidad, se cuenta con evidencia para afirmar que el tratamiento en padecimientos de salud mental no se debe reducir a una intervención farmacológica. Existen posturas radicales al respecto. Hay quienes argumentan que es cuestión de tiempo para que se desarrollen las sustancias necesarias para poder aliviar cualquier síntoma depresivo, mientras que otros argumentan que en comparación con el placebo, la eficacia de los fármacos antidepresivos es prácticamente inexistente, asumiendo que la eficacia de los antidepresivos no se debe a un efecto de su mecanismo de acción, sino al efecto placebo, causado por las expectativas del paciente cuando asume que está bajo un tratamiento supuestamente eficaz (Moncrieff & Kirsch, 2005).

Ante estas interrogantes, la OMS (2018) reconoce que en el caso específico de la depresión, la efectividad de las intervenciones psicológicas es muy elevada y recomienda su uso antes que la medicación, la cual debe ser considerada como un último recurso para casos graves o que no responden de manera satisfactoria a tratamiento psicológico. En los casos que el fármaco sea necesario se requiere de la colaboración entre médico y psicólogo, lo cual implica conocimiento y reconocimiento de ambas partes, por parte de sistema de salud.

Pinilla (2007) menciona aspectos que el psicólogo debe tener en cuenta en torno a la medicación:

- ❖ Los fármacos antidepresivos no tienen un efecto inmediato, dependiendo del antidepresivo indicado el paciente puede notar alguna mejoría desde el primer día que los toma, especialmente en aspectos que están relacionados, como las alteraciones del sueño y ansiedad, pero el mejoramiento de los estados de ánimo depresivos generalmente se produce hasta dos semanas después, incluso más tiempo.
- ❖ Muchas drogas que actúan sobre el cerebro tienen casi el mismo efecto sobre las personas “sanas” y aquellos afectados por una enfermedad mental. Sin embargo, los antidepresivos sólo parecen influir en las personas que tienen depresión.
- ❖ Tomar una dosis superior a cierto límite no aumentará el efecto del antidepresivo, pero si aumenta los efectos secundarios y pudiendo llegar a ser fatales si se toman en cantidades sobre la dosis máxima recomendada debido a sus efectos en el corazón.
- ❖ El tratamiento basado exclusivamente en fármacos genera una menor adherencia en comparación al tratamiento psicológico.

2.8. Comorbilidad

La comorbilidad es definida como el estado clínico donde cualquier enfermedad existe o surge durante la evolución de otra (Feinstein, 1970).

En el DSM-V se argumenta que la evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando ocurren en un paciente que, además, tiene una afección médica general (p. ej., cáncer, infarto cerebral, infarto de miocardio, diabetes, embarazo y enfermedades crónico degenerativas como cáncer e insuficiencia renal crónica terminal). Algunos de los signos y síntomas de los criterios del episodio depresivo mayor son idénticos a los de esas

afecciones médicas generales (p. ej., la pérdida de peso en la diabetes sin tratar, la fatiga en el cáncer, la hipersomnia al comienzo del embarazo, el insomnio en el embarazo avanzado y en el postparto). Tales síntomas cuentan para el diagnóstico del episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y totalmente atribuibles a la afección médica general. En esos casos se deberían evaluar con especial cuidado los síntomas.

En este sentido, las personas con padecimientos graves tienen mayor probabilidad de padecer depresión; en el caso de pacientes con diabetes, se ha encontrado que tienen el doble de probabilidad de tener depresión en comparación a las personas sin ese padecimiento; aquellos con obesidad y asma tienen un riesgo tres veces mayor, mientras que en los pacientes que sufren dolores crónicos la probabilidad se eleva hasta cinco veces, además es importante destacar que los pacientes deprimidos que ingresan en residencias de ancianos tienen una probabilidad notablemente incrementada de fallecer en el primer año (González, Gutiérrez, Stevens, Barraza, Porras & Carvalho, 2007).

Las enfermedades cardiovasculares aumentan de 15 a 22% la probabilidad de presentar sintomatología depresiva. De igual manera, las personas con depresión mayor, tienen mayor riesgo de padecer hipertensión arterial, mientras que la prevalencia de depresión entre personas con insuficiencia cardíaca, oscila en 25% y en pacientes con mayor gravedad la presencia de depresión sobrepasa 50% (Piqueras, Martínez, Ramos, García & Oblitas, 2008).

2.8.1. Ansiedad y Depresión.

La comorbilidad entre ansiedad y depresión es muy elevada, incluso algunos teóricos consideran que estos trastornos no existen por separado, sino que se trata de un mismo trastorno expresado de manera distinta. Se han obtenido datos que indican que 23% de personas con

ansiedad presentan también un diagnóstico de depresión mayor, además se estima que entre 56% a 73% de las personas con trastorno de angustia tienen algún antecedente de trastorno depresivo mayor. Aparentemente en más de 50% de los casos de depresión, la ansiedad puede ser un predecesor a tener en cuenta. Sin embargo, continúa el debate al respecto, lo cual ha dado origen a modelos que sostienen la necesidad de abordar ambos elementos de manera aislada y otros que afirman la importancia de comprender estos elementos como parte de un conjunto (Molina, 2010).

Ceballos (2010) argumenta que es difícil encontrar personas con sintomatología depresiva que no presenten ningún rasgo de ansiedad, mientras que los casos con ansiedad sin ningún síntoma de depresión son más frecuentes y por ende es necesario adaptar el tratamiento a la sintomatología específica de cada paciente mientras que a nivel teórico es útil poder diferenciar ambos elementos sin olvidar la relación que mantienen.

Esta relación estadística adquiere una importancia especial al revisar su efecto con el abuso de sustancias. Distintas drogas pueden actuar como un ansiolítico mientras que otras actúan como antidepresivos, en este sentido la personalidad de cada individuo le predispone a caer en adicciones específicas a drogas que tienen un efecto que cobra mayor peso en esa persona. Se sabe que aproximadamente 14% de las personas con depresión consumen alguna sustancia adictiva, mientras que en México 32% de la población que consume sustancias adictivas presenta un trastorno afectivo (Wang et al., 2007).

Sanz (1993) argumenta la importancia de prestar atención a las diferencias de contenido cognitivo de ambos trastornos. En la depresión el perfil cognitivo implica pérdida, privación y una visión negativa de uno mismo, el mundo y el futuro, mientras que en los trastornos de ansiedad el contenido se centra en el miedo a un peligro psicológico o físico.

En muchos casos, ansiedad y depresión tienden a ser trastornos que se encuentran presentes de manera simultánea, si bien es cierto que la ansiedad requiere un abordaje específico para su tratamiento, existe evidencia a favor del uso de técnicas de relajación en pacientes depresivos que poseen signos de ansiedad. Es importante que el terapeuta sea cuidadoso en su aplicación, puesto que en casos de depresión grave se busca lograr una mayor activación del organismo, mientras que la relajación puede estar contraindicada al disminuir aún más estos niveles de actividad. A pesar de esto es posible atribuir beneficios derivados de las técnicas de relajación (Arcos et al., 2011).

La relajación es un estado de quietud donde se experimenta una ausencia de tensión muscular, lo que provoca un sentimiento de tranquilidad y sosiego; relajarse es una habilidad importante que requiere la cooperación y actitud adecuada del paciente para poder ser aprendida, además debe realizarse de manera frecuente para que los beneficios sean más evidentes, pudiendo representar un cambio en torno a elementos relacionados a la depresión como la dificultad para dormir, la tensión muscular excesiva y la capacidad de atención selectiva (Jacobson, 1929).

Existen diversos métodos para ello, la relajación progresiva busca enseñar a la persona a diferenciar entre tensión y relajación muscular, dividiendo el cuerpo por secciones realizando intervalos de tensión voluntaria seguida de relajación para cada grupo muscular, esto se combina con ejercicios de respiración diafragmática y al terminar de trabajar todos los músculos, se enseña a la persona a permanecer completamente relajada, lo que permite a la persona aumentar el control sobre su cuerpo y mejorar su habilidad para detectar su nivel de tensión muscular con el objetivo de poder aplicar estos mismos métodos en situaciones donde se percate de estar tenso o necesite activar voluntariamente grupos musculares (Jacobson, 1929).

El control voluntario de la respiración es una técnica que permite entrenar la capacidad de la persona para auto-inducir estados de calma y autocontrol emocional. Llevando esto al siguiente paso es posible implementar técnicas de atención plena, las cuales han demostrado efectividad para aliviar sintomatología depresiva. La atención plena refiere a la habilidad para localizar la atención de manera consciente y receptiva a los eventos y experiencias presentes de manera voluntaria (Arcos et al., 2011).

Se busca la autorregulación mediante el mantenimiento y re-dirección de la atención y la selección de estímulos concretos, con ello el paciente será capaz de controlar la dirección de su atención especialmente en situaciones estresantes.

2.9. Perspectiva Dimensional de la Psicopatología

La práctica clínica y los datos de investigación sugieren que los sistemas actuales de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales (CIE y DSM), no cumplen con los criterios indispensables para ser categóricos. Parte del problema se debe a que hay una fusión entre las categorías diagnósticas, teniendo fronteras que se aproximan a la subjetividad, además la gran mayoría de pacientes presenta características de múltiples trastornos y personas diagnosticadas con el mismo trastorno presentan síntomas diferentes. El debate sobre la validez de constructo en los sistemas de clasificación categóricos para la psicopatología hace referencia a las dificultades por delimitar los trastornos y la incapacidad de encontrar una etiología clara, lo cual representa dificultades para establecer el curso del padecimiento y la prescripción de tratamientos adecuados a cada trastorno (Hernández-Guzmán, Palacio, Freyre & Alcázar, 2011).

De acuerdo con Hernández-Guzmán et al. (2011), el constructo de comorbilidad no funciona en psicopatología para resolver la superposición de síntomas, creando mayores

complicaciones ya que en la mayoría de los casos refiere a un conjunto de síntomas que presentan algunas personas, los cuales no se encuentran representados en ningún trastorno tipificado. Llevando a la creación de más categorías o ampliación de los subtipos existentes al no haber restricciones para crear nuevas categorías, lo que a su vez aumenta el problema de la superposición de síntomas entre trastornos y subtipos de trastornos.

Ante esta problemática, el modelo dimensional de la psicopatología propone un enfoque con la capacidad para contemplar integralmente la situación psicológica de los individuos. Este modelo requiere identificar y medir las diferencias individuales respecto a los diversos fenómenos psicológicos. Se mide y evalúa a los pacientes en cuanto a todas las dimensiones relevantes, por lo que se pierde poca información y es posible describir a las personas en términos cuantitativos. Esto permite apreciar el grado en que se manifiesta un problema. Algunas personas lo padecerán en mayor grado que otras, tanto respecto al número de síntomas como a su intensidad y variedad. Se requiere más investigación y obtención de datos que permitan encaminar la psicología hacia un cambio de paradigma. Sin embargo, es innegable que la nomenclatura actual permite a los clínicos provenientes de diversas posturas teóricas compartir un lenguaje que sin duda facilita la comunicación no sólo entre profesionales e investigadores sino entre pacientes y público en general por lo que se reconoce su utilidad clínica. Las alternativas son demasiado amplias y con múltiples limitantes (Hernández-Guzmán et al., 2011).

Capítulo 3. Modelo Teórico de la Terapia Cognitivo Conductual

Este enfoque clínico tiene sustento en la Teoría del Aprendizaje. El tratamiento suele desarrollarse mediante una serie de técnicas enfocadas a reducir al mínimo las conductas desadaptativas y fomentar un estilo de pensamiento saludable que disminuya la probabilidad de padecer la sintomatología, tomando en cuenta los aspectos biológicos implicados en el comportamiento humano. Para esto se dirige a objetivos como la disminución del pensamiento disfuncional, optimizar la capacidad de solución de problemas, incrementar las habilidades de autocontrol, mejorar las tasas de reforzamiento positivo, aumentar las habilidades sociales/interpersonales, mejorar la activación fisiológica y contrarrestar el deterioro funcional (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

En la intervención cognitivo conductual, el propósito inicial es eliminar los síntomas conductuales, pero la meta final es lograr una reestructuración cognitiva profunda, cumpliendo criterios de adaptación, funcionalidad y salud de la manera más objetiva posible. Además es importante la obtención de resultados claros en periodos de tiempo bien definidos; ante esto, una de las mejores formas de iniciar el tratamiento es mediante la terapia breve, que habitualmente consta de 15 a 20 sesiones (Fullana, Fernández, Bulbena & Toro 2011).

3.1. Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual

La búsqueda de los tratamientos y terapias psicológicas más efectivas ha dado lugar al movimiento de intervención basada en evidencia, de esta manera los especialistas deben fundamentar sus intervenciones en técnicas validadas empíricamente y de esa manera poder

ofrecer un tratamiento efectivo lo más objetivo posible. En este sentido, la terapia cognitivo conductual ha reportado grandes resultados, incluso en comparación con la terapia farmacológica: se obtiene un menor número de recaídas y los efectos duran más a lo largo del tiempo. Cuando la intervención se realiza únicamente de manera farmacológica, la adherencia y por ende la efectividad, tiende a ser significativamente menor que cuando se integra con intervenciones psicológicas (Borges et al., 2006; Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez-Sosa, 2005).

Un metaanálisis profundo realizado por Vargas (2018) implicó la revisión documental extensa de investigaciones disponibles (1985 - 2018), en donde se evaluó la efectividad de los protocolos para el tratamiento cognitivo conductual de la depresión. Se obtuvieron resultados que indican la existencia de un efecto fácilmente identificable de intervenciones basadas en reestructuración cognitiva para el tratamiento de depresión en adultos. El autor argumenta que los datos sugieren fuertemente recomendar ese tipo de intervención por encima del no tratamiento, al encontrarse que los resultados son significativamente superiores que los resultados encontrados en grupos de control, o lista de espera; existiendo también un significativo cambio positivo (disminución en los indicadores de depresión) entre las medidas obtenidas previas y posteriores al tratamiento.

En la terapia cognitivo conductual se promueve la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos y los problemas emocionales, pues está demostrado que los estados anímicos influyen sobre las percepciones que las personas tienen de sí mismas y de los demás. La sintomatología depresiva, activa esquemas cognitivos irracionales, con lo cual el sujeto percibe la realidad y su entorno de forma negativa y/o desadaptativa. En esta terapia es relevante enseñar al paciente a identificar pensamientos, modificar cogniciones desadaptativas y ver una realidad más empírica que le permita contrarrestar la sintomatología (Ramírez & Díaz, 2009).

Todo lo mencionado hasta el momento puede realizarse en terapia individual con efectos importantes para la salud de la persona. No obstante, Las terapias grupales empiezan a ser utilizadas a causa de la escasez de terapeutas, además, con el tiempo este tipo de terapia resultó ser tan eficaz como la individual y en algunos casos más recomendable, incluso hay evidencia de que puede resultar más fácil cambiar los hábitos ideológicos y sociales de un pequeño grupo tratado como un todo que cuando se trata de individuos aislados (Medina-Mora et al., 2005).

Un buen texto de referencia es el Manual de Terapia de Grupo para el Tratamiento Cognitivo Conductual de Depresión realizado por Muñoz, Aguilar y Guzmán (1995), aborda la importancia de aumentar el nivel de actividades de la persona, enseñarle habilidades sociales y alcanzar la reestructuración cognitiva. El grupo terapéutico facilita la reestructuración de las creencias que se han adquirido en otros grupos y vinculadas a conductas desadaptativas, además ofrece una situación social controlada en la que los participantes pueden realizar ensayos conductuales. Para lograrlo, es indispensable que el tratamiento grupal se apegue a un plan desarrollado desde un enfoque psicoterapéutico claro y que el terapeuta cuente con la experiencia para poder llevar a cabo intervenciones grupales.

La terapia grupal permite que los participantes experimenten modificaciones cognitivas y conductuales que suceden a través de un intercambio de experiencias humanas. Catarsis y contención por parte del grupo, cohesión grupal con un sentido de pertenencia, entre otros; se generan situaciones deseables, que de manera individual no se podrían alcanzar durante el proceso terapéutico.

Múltiples autores han reportado disminución de la sintomatología depresiva como resultado de la terapia cognitivo conductual grupal (Ballester, 2003; Cappeliez, 2001; Dubicka et

al., 2010; Leung & Orrell, 1993; Puig & Encinas 2012; Rokke, Tomhave & Jovic, 2000; Townsend et al., 2001; Wiles et al., 2013; Wilson, Mottram & Vassilas, 2008).

La evidencia a favor es muy amplia, sin embargo, Vergara y Almagiá (2014) afirman que las características individuales son un factor que puede favorecer o dificultar la obtención de beneficios al recibir un tratamiento grupal, ya que no todos los miembros de una terapia grupal experimentan progresos tan continuos y duraderos, algunos de ellos requieren dos o tres años de participación antes de observar mejorías significativas.

Pese a que la terapia breve ofrece múltiples ventajas (corta duración, incremento de la autoeficacia, motivación para el cambio, incremento de la empatía y desarrollo de la alianza terapéutica), no es un tipo de intervención aconsejable para pacientes con elevada sintomatología, ni para personas que tienen varias psicopatologías. En tal caso, es probable que se obtenga mayor beneficio con terapias de largo plazo que implican un proceso de evaluación exhaustiva en donde se pueden plantear varios objetivos clínicos para la intervención. La duración de este tipo de terapia oscila entre quince y veinte sesiones, establecidas en función de las necesidades de cada intervención (Ramírez & Díaz, 2009).

3.2. Estrategias de Tipo Cognitivo Conductual para el Tratamiento de la Depresión

3.2.1. Psicoeducación.

Este enfoque terapéutico se apoya en la psicoeducación, la cual consiste en explicar de manera sencilla el modelo teórico de trabajo y brindar al paciente información general sobre su padecimiento. El objetivo es que la persona se vuelve capaz de entender su situación y estar consciente de la perspectiva con la que va a trabajar su terapeuta.

Además de ser un requisito elemental por parte de la ética del terapeuta, la psicoeducación también posee factores curativos, puesto que va encaminada a que la persona sea capaz de hacerse cargo de su propia mejoría al conocer aspectos relevantes de su trastorno, como el posible origen y factores que contribuyen a su mantenimiento. Esto permite que la persona adquiera el conocimiento para realizar actividades de autoayuda, de manera que se complementa la intervención del terapeuta, lo cual va encaminado a reforzar el sentido de auto-eficacia y por ende aumentar la adherencia al tratamiento (Vergara & Almagiá, 2014).

Durante el proceso psicoeducativo es importante abordar los hábitos nocivos y favorables a la salud psicológica desde una perspectiva de salud mental, ya que en pacientes depresivos se ha encontrado una relación significativa entre hábitos específicos y el incremento de la sintomatología. Si bien, no pueden ser entendidos como factores causales, la relación que existe entre el consumo de sustancias como alcohol y tabaco se asocia de manera significativa a trastornos depresivos especialmente en varones; se tiene la hipótesis de que cada sustancia tiene mayor probabilidad de causar adicción en función de la sintomatología de cada persona, siendo más probable desarrollar adicciones ante sustancias que actúan como atenuador del síntoma (Pallia, 2007).

En el paciente disfórico y depresivo el consumo de sustancias puede modificar la neurotransmisión y generar breves sensaciones de alegría, diversión y placer. De manera que el paciente asocia un alto valor de recompensa a la sustancia y genera hábitos de consumo que pueden llegar a niveles de adicción maximizando los desajustes en el comportamiento ante la suma del trastorno y el consumo. Resulta muy complejo llevar a cabo una correcta intervención si la sintomatología se ve solapada con hábitos de consumo y estos no se tratan de manera simultánea.

También se ha explicado la relación entre tiempo dedicado a las redes sociales en internet, los patrones de sueño y la aparición de síntomas de depresión en adolescentes, encontrando que el uso obsesivo de redes sociales suele acompañar la aparición de síntomas de depresión, problemas para dormir y bajo rendimiento académico (Tamayo, García, Quijano, Corrales & Estrella, 2012).

La modificación cognitivo conductual debe ser capaz de intervenir en el cambio de hábitos, mediante la correcta reestructuración cognitiva y el establecimiento de conductas objetivo en plazos de tiempo que permitan incorporar de manera sistemática un comportamiento más saludable en la persona. En este sentido, se ha encontrado que incorporar conductas incompatibles con hábitos nocivos es un factor curativo para múltiples trastornos.

En el contexto de la salud mental, el ejercicio y el deporte han sido considerados como una medida higiénica, incluso se ha obtenido evidencia de que la falta de ejercicio es un factor importante para la aparición de síntomas de depresión. La actividad física representa un elemento importante en el tratamiento de la depresión.

Becker (1998), recaba una serie de investigaciones en las cuales múltiples psicoterapeutas comparan el ejercicio con diversos tipos de psicoterapias tradicionales, obteniendo resultados que posicionan tanto el ejercicio aeróbico (baja intensidad) como el anaeróbico (alta intensidad), en un rango de efectividad similar a cualquier procedimiento de psicoterapia tradicional, llegando a la conclusión de que el ejercicio anaeróbico o aeróbico es suficiente para reducir la sintomatología depresiva leve o moderada, por lo tanto es importante valorar este aspecto en el proceso de tratamiento de cada paciente. El proceso del ejercicio, ya sea de corta o larga duración, causa un bienestar mental y mejoría psicológica, teniendo en cuenta que los datos siguieren que el ejercicio moderado ofrece al ser humano un beneficio emocional igual al ejercicio vigoroso. Por otro lado,

los ejercicios de alta intensidad, no reducen la depresión y pueden generar un aumento de la tensión, irritación, fatiga y disturbios del carácter.

Para alcanzar estos efectos deseables, se han investigado variables como la frecuencia, duración, intensidad, tipo de ejercicio, etc. Actualmente los datos sugieren que en el intervalo 20-60 minutos por sesión, o bien lo suficiente para provocar un gasto energético entre 200 y 300 kilocalorías se logra producir un cambio significativo para el estado de ánimo. La intensidad varía en función de la persona y sus capacidades, sin embargo, un ejercicio saludable sería aquél cuyo esfuerzo requiera entre 50% y 85% del consumo máximo de oxígeno de la personas. Además, es importante tomar en cuenta si el paciente tiene ansiedad elevada, ya que en estos casos los deportes que requieran un alto grado de concentración pueden producir tensión más que relajación, mientras que en el paciente con depresión que tenga un nivel de activación demasiado bajo pueden resultar útiles, actividades que le requieran focalizar su atención durante periodos controlados, incrementando el requisito de acuerdo a sus capacidades para no producir niveles de frustración (Jiménez, Martínez, Miró & Sánchez, 2008).

3.2.2. Reestructuración Cognitiva.

Terapia Racional Emotiva Conductual - Albert Ellis: desde la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), se aborda la reestructuración cognitiva planteando que el terapeuta es capaz de apoyar de manera activa al paciente, en donde ambos realizan un análisis racional profundo que permita detectar y actuar sobre aquéllas creencias que contribuyen al malestar de la persona. Desde esta perspectiva la evaluación del paciente en criterios de “correcto” o “incorrecto” carece de sentido, puesto que lo único que se puede juzgar es la existencia de conductas funcionales o disfuncionales, adaptativas o desadaptativas prestando especial atención en la autoaceptación y

enfoque hacia el cambio de la conducta y la estructura de creencias subyacente a un nivel profundo, con lo cual se espera lograr la obtención de un cambio a largo plazo y disminución del riesgo de recaídas (Ellis, 1997).

Para ello se apoya del *Modelo A-B-C*:

A = Acontecimiento (activador, suceso o situación)

B = Beliefs (Sistema de Creencias)

C = Consecuencias (La persona desarrolla emociones, pensamientos y acciones)

Para lograr un cambio en el sistema de creencias se deben modificar las creencias irracionales. Estos son argumentos que la persona asume de manera abierta o discreta como verdaderos, que no coinciden con la lógica y el método empírico-analítico y además son disfuncionales para la persona. Desde el enfoque de Beck se denominan distorsiones cognitivas. Un ejemplo de ello son las exigencias absolutistas, es decir, expectativas que generan necesidades irracionales, por ejemplo, «Yo debo...» «Él debe...» «El mundo debe...» o «la vida debe...». Representa un trabajo complejo para ambas partes ya que es probable que la persona no detecte fácilmente que tiene estas creencias irracionales y el criterio lógico del terapeuta debe encontrarse bien trabajado para no incurrir en una modificación aún más desadaptativa (Ellis, 1993).

Resulta útil el uso de pruebas de realidad, donde el terapeuta guía al paciente en la comprobación de hipótesis y búsqueda de evidencias que permitan comprobar la falsedad de ideas específicas en cada contexto, con lo cual se espera abordar aspectos como la disminución de temores catastróficos llegando a un cambio profundo en la filosofía de vida de la persona.

Terapia Cognitiva - Aaron T. Beck: Desde este enfoque, los pensamientos se consideran la causa de las emociones “Pensamiento-Emoción-Consecuencia”, a diferencia del enfoque conductual donde se asume un “Antecedente-Respuesta-Consecuente”. Esto implica la existencia de representaciones mentales o esquemas que usa la persona para filtrar estímulos del ambiente, centrando su atención en la información congruente con esos esquemas lo cual lleva a una serie de sesgos cognitivos sistemáticos, por ello el terapeuta se enfocará en flexibilizar los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, aumentando la positividad y voluntad para asumir actividades que pondrán a prueba las creencias del paciente, entendiendo a la persona como alguien capaz de construir su realidad, mientras que cada realidad es percibida de manera distinta por cada persona.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), argumentan que diversos sesgos suelen estar presentes en diversos trastornos, en el caso de la depresión se encuentra la denominada Triada Cognitiva, la cual refiere a que la persona se considerara a sí mismo, a sus experiencias y su futuro de un modo disfuncional a través de *pensamientos automáticos*.

- ❖ Acerca de sí mismo (visión devaluada)
- ❖ Acerca de sus experiencias (interpretaciones negativas)
- ❖ Acerca del futuro (visión pesimista)

Estos patrones cognitivos predisponen comportamientos desadaptativos que reafirman esquemas y emociones previas. Sacco y Beck (1995) proponen seis pasos para llevar a cabo la terapia cognitiva breve:

1. Identificar y registrar los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento.

2. Reconocer la conexión de pensamientos, emociones y conductas.
3. Examinar y someter a prueba los pensamientos automáticos. Métodos para contrarrestarlos (comprobación de la realidad o poner a prueba la hipótesis)
4. Aprender a sustituir las inferencias automáticas disfuncionales por interpretaciones más adecuadas.
5. Cambiar las suposiciones o esquemas “silenciosos” disfuncionales. Tareas que impliquen aplicar estos argumentos en la vida cotidiana.
6. Preparar al paciente para finalizar la terapia.

El objetivo final es favorecer que la persona modifique los aspectos depresivos presentes en su pensamiento automático y razonado, como consecuencia, se espera un cambio en la emoción característica del trastorno y a su vez en las conductas finales, siendo un efecto coherente al planteamiento de “Pensamiento-Emoción-Consecuencia”. Los planteamientos de Beck dan cabida al factor autoestima dentro de un proceso depresivo, el cual será crucial para lograr una transformación profunda en los esquemas de la persona.

3.2.3. Terapia de Solución de Problemas.

La Terapia de Solución de Problemas (TSP) es una intervención psicológica cognitivo conductual que busca mejorar la capacidad de la persona para enfrentar eficazmente estresores y así reducir los problemas de salud mental y física. Los dos objetivos centrales del tratamiento TSP son la adopción de una orientación adaptativa hacia los problemas de la vida (una visión optimista y positiva de la propia eficacia que admita que los problemas son ocurrencias vitales normales) y

la implantación eficaz de conductas concretas de solución de problemas (regulación y la gestión emocional y la solución planificada de problemas; D'Zurilla & Nezu, 1982).

El modelo de solución de problemas analiza el origen de la sintomatología depresiva en un contexto de experiencias virtuales negativas, prestando atención a las habilidades de afrontamiento que la persona manifiesta. Estas habilidades de afrontamiento son el aspecto más importante del modelo, asumiendo que el afrontamiento se refiere a aquellas actividades cognitivas y conductuales con las que una persona intenta manejar una situación problemática estresante (Vázquez, 2002).

Los déficits en las habilidades de solución de problemas son un importante factor de vulnerabilidad para la depresión, ya que conducen a intentos de afrontamiento ineficaces, que en muchas ocasiones se suman a niveles elevados de estrés. Por lo cual es importante mejorar las habilidades de solución de problemas, ya que servirían para la relación entre estresores percibidos como negativos y el humor depresivo (Nezu, Nezu & D'Zurilla, 2014).

Se busca incrementar la capacidad del paciente para contar con un repertorio de comportamientos adaptativos ante situaciones estresantes, lo cual permitirá una mayor efectividad en los intentos de afrontamiento de la sintomatología y con ello, una reorganización de las respuestas y estrategias en torno a la obtención de reforzamientos, disminuyendo la influencia que el ambiente estresante ejerce como detonador de síntomas (Goldfried & Davison, 2001).

Vázquez (2002), recaba la evidencia obtenida en torno al uso de TSP para pacientes con depresión, afirmando que los resultados hallados en los distintos estudios proporcionan un fuerte apoyo a la efectividad de esta modalidad de terapia para el tratamiento de la depresión, en sus distintas variantes incluso en casos de sintomatología mayor. Los análisis estadísticos tradicionales

y de significación clínica de los resultados indican que las personas que recibieron terapia de solución de problemas tuvieron reducciones significativas en su depresión, tanto al final del tratamiento como en los seguimientos.

La correcta implementación de la TSP propuesta por D'Zurilla y Nezu (1982) requiere 5 pasos:

1. Orientación hacia el problema: comprender la habilidad con que una persona afronta una situación problemática o estresante.
2. Definición y formulación del problema: Establecer el grado de destreza con que una persona define un problema operativamente y plantea metas realistas.
3. Generación de soluciones alternativas: Colaborar en el incremento de la destreza que tiene la persona para generar soluciones a un problema.
4. Toma de decisiones: Fomentar el desarrollo de la habilidad que tiene la persona para elegir aquella alternativa que resuelve mejor su problema.
5. Puesta en práctica y la evaluación de la solución elegida: Evaluar la destreza para planificar y llevar a la práctica la solución elegida, así como evaluar el éxito de la misma.

Posteriormente diversos autores han adaptado la TSP de manera más específica para el tratamiento de la depresión, entre ellos se encuentran Mynors, Gath, Lloyd y Tomlinson (1995), quienes diseñaron una modalidad breve de terapia de solución de problemas enfocada a la depresión, la cual se compone de seis sesiones, la primera de una hora de duración, y las restantes, de 30 minutos. Enseñando al paciente el método de solución de problemas siguiendo siete pasos (el paciente aprende todos los pasos en la primera sesión):

1. Explicación del tratamiento y su racionalidad.
2. Clarificación y definición de los problemas.
3. Establecimiento de metas.
4. Generación de soluciones alternativas.
5. Selección de la solución preferida.
6. Aclaración de los pasos necesarios para implementar la solución elegida.
7. Evaluación de los progresos.

Este modelo se fundamenta en cogniciones y supuestos de los pacientes sobre la naturaleza de los problemas y sus probabilidades de resolverlos, por ello se asume que este abordaje de problemas sociales es un proceso metacognitivo por el cual los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación del carácter problemático de la situación misma y de sus reacciones hacia ella. Esta técnica impulsa a los pacientes a considerar las situaciones problemáticas como parte normal de la vida y sentirse capaces de identificar y enfrentar los eventos estresantes, teniendo en cuenta que la acción razonada y sistemática a lo largo del tiempo se convertirá en un estilo automático para afrontar los problemas desde una perspectiva más saludable.

Desde esta perspectiva los problemas surgen de una discrepancia entre las exigencias del medio y los objetivos deseados por la persona; pero un problema no surge del ambiente o de la persona en sí misma, sino de la relación ambiente-persona, donde se busca una solución adaptativa y realista (D'Zurilla & Nezu, 1982).

De tal forma que la capacidad de solucionar problemas eficazmente servirá para disminuir los efectos de las experiencias negativas, lo cual será favorable en situaciones futuras e incluso deberá servir como un elemento para reinterpretar el significado de experiencias pasadas y con ello favorecer la reestructuración cognitiva total de la persona, puesto que no somos únicamente el resultado de nuestro pasado, sino de la forma en la que interpretamos nuestro pasado.

3.2.4. Entrenamiento en Habilidades Sociales.

La socialización tiene un papel muy importante en la mayoría de trastornos mentales. Para el caso de la depresión se pueden presentar múltiples variaciones que reflejen algún desajuste en el funcionamiento del individuo; estas diversas situaciones van a variar entre cada paciente pero en cada caso resulta importante examinar el nivel de adaptación social que la persona muestra y generar estrategias para fortalecer aquellas áreas de la socialización en las que el paciente lo requiera, prestando especial atención a los elementos donde la sintomatología esté interviniendo.

Cada comportamiento debe ser entendido dentro de su contexto, lo cual eleva el nivel de dificultad para diferenciar una conducta socialmente hábil de una que no lo es, sin embargo, diversos autores coinciden en que una conducta hábil puede ser entendida como aquella capaz de cumplir la función que se propone y además permitiendo expresar los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones, o derechos del individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando a los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 2008).

Lewinsohn (1975), argumentó que la depresión puede surgir a causa de la ausencia de habilidades sociales, por una tendencia a ser menos asertivo, a tener expresiones faciales negativas, un contacto visual pobre y a mostrar menos actividad en las interacciones de grupo. Desde la

perspectiva conductual la frustración entendida como la obtención de una baja tasa de refuerzo positivo puede conducir a la depresión y gran parte de los reforzamientos humanos van ligados a la interacción social, de ese modo se vuelve crucial mantener en el mejor estado posible el repertorio de habilidades de la persona para aumentar la probabilidad de que se muestre la conducta apropiada en el contexto adecuado.

Caballo (2008) plantea una serie de estrategias útiles para el entrenamiento en habilidades sociales:

- ❖ Desarrollar un sistema de creencias que respete los propios derechos y los de otros, es decir, aprender a reconocer el derecho a expresarse, estar en acuerdo o desacuerdo, decir lo que siente o piensa sin sentirse juzgado y respetar los mismo derechos en los demás.
- ❖ Aprender a distinguir entre conductas asertivas, pasivas y agresivas, evitando que los demás sobrepasen los propios derechos y evitando sobrepasarlo con la propia conducta, para optar por comportamientos más conciliadores.
- ❖ Integrar la reestructuración cognitiva en situaciones sociales, teniendo claro que cada argumento interiorizado, tiene el poder para influir sobre los sentimientos y comportamientos en el contexto social, pudiendo ser el origen de los obstáculos para una correcta interacción y por ende, un maximizado de la sintomatología. Por ello es importante aplicar una lógica reestructurada para alcanzar estrategias útiles y realistas.

Ensayo conductual de las respuestas asertivas, ya sea con el terapeuta o en un contexto de terapia grupal; el ensayo acompañado de visualizaciones de posibles alternativas de acción abre las puertas a ese cambio conductual al que se aspira.

3.3. Enfoque Conductual para el Tratamiento de la Depresión

Seligman y Maier (1967) realizaron un experimento que puso a prueba los condicionamientos relacionados con el desamparo o indefensión aprendida, para ello utilizaron 3 grupos de perros. Les colocaron un arnés que inmovilizaba gran parte del cuerpo y se introdujeron a un dispositivo configurado para proporcionar descargas eléctricas en las patas traseras. El primer grupo tenía la posibilidad de pulsar un panel con el hocico lo cual evitaba las descargas, el segundo grupo no tenía la posibilidad de detener las descargas mediante ninguna conducta, mientras que el tercero, actuaba como grupo control. En una segunda fase del experimento se les daba a todos los grupos la oportunidad de una vía para evitar las descargas mediante un compartimento dentro de la caja en donde podían moverse para escapar del estímulo doloroso. El primer grupo y el grupo control ejecutaron estrategias de evitación/escape, tal como es de esperarse en cualquier organismo que se encuentra ante un estímulo doloroso. El segundo grupo mostró gran dificultad para aprender a evitar/escapar de la descarga debido a su condicionamiento previo.

El organismo incorpora la expectativa de no poder predecir ni controlar la situación, con lo que aprende a no reaccionar de ninguna manera, aun cuando más tarde se le proporcionen herramientas para hacerlo, dando una conducta resultante de inhibición en vez de la evitación o escape.

Seligman y Maier (1967) argumentan que los comportamientos producidos por el desamparo aprendido en contextos experimentales se asemeja mucho a la sintomatología que presentan las personas con depresión, de manera que el tratamiento debe tomar en cuenta la exploración de aspectos que sean compatibles con este planteamiento y para ello resulta útil abordar aquéllo que lleva a la persona a actuar de una manera que le predispone a la sintomatología

depresiva, en contraste con el individuo relativamente sano. Para el tratamiento desde esta perspectiva se vuelven útiles las intervenciones derivadas de la teoría conductual.

3.3.1. Activación Conductual.

La Activación Conductual (AC) se define como un proceso terapéutico que se focaliza en incrementar las conductas que colocan al paciente en un ambiente que proporcione contingencias reforzantes y en consecuencia mejoras en la calidad de vida, pensamientos y estado de ánimo. La Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD) es una variante de la AC enfocada al tratamiento de la depresión, la cual está validada empíricamente como tratamiento basado en la evidencia y diversos meta-análisis han demostrado su eficacia y efectividad en la reducción significativa de sintomatología depresiva (Dimidjian, Martell, Addis & Herman, 2008).

Este enfoque asume a la persona con depresión como alguien preso de una situación vital en la que no hay reforzantes (o sólo a muy corto plazo), lo que explicaría el bajo estado anímico. Desde la perspectiva del reforzamiento, las respuestas depresivas son consideradas lógicas y quizás la mejor o única manera que la persona tiene de enfrentarse a las circunstancias que vive. Se considera que el inicio de la depresión es consecuencia de un suceso desencadenante que, de forma súbita o progresiva, aparta de la vida del sujeto múltiples reforzadores importantes. El mantenimiento de las conductas depresivas supone un leve reforzamiento a corto plazo que impide romper la dinámica que encadena al sujeto a una vida pobre en reforzamiento positivo. Es en este sentido en el que se afirma que las “conductas depresivas” están bajo un paradigma de reforzamiento negativo (Barraca, 2009).

No se niega la presencia de cogniciones subyacentes al trastorno, pero se busca ofrecer una alternativa breve de tratamiento partiendo de los principios conductuales. La mejora anímica no

va a venir “de dentro a fuera”, sino que sucede justo al revés: “de fuera adentro”. Es decir, no se puede esperar que mejore “interiormente” para luego actuar de una manera adecuada, sino que debe primero actuar de acuerdo con los objetivos y eso posibilitará un contacto con reforzadores que progresivamente incrementarán su estado de ánimo (Martell, Addis & Jacobson, 2001).

Es importante no confundir la Activación Conductual (AC) con la variante de Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD), ya que parten de los mismos principios, pero presentan diferencias en la teoría y la práctica. Barraca (2009), sintetiza los elementos diferenciadores de ambas posturas, lo cual además sirve para tener un rápido acercamiento a los elementos clave de cada una de ellas (Figura 12).

Para poder aliviar la depresión, TACD asume que los clientes deben ser asistidos en realizar conductas que encontrarán placenteras o productivas, o que mejorarán su situación de vida actual de forma que experimentarán mayores recompensas. Terapeuta y paciente trabajan juntos para desarrollar tareas de activación para ser completadas entre sesiones y para solucionar cualquier barrera que se presente, ambos trabajan colaborativamente para identificar patrones de conducta que se relacionan a la depresión, analizando la función final del comportamiento para desarrollar planes de activación según el caso. Por ejemplo, el tratamiento de una persona, puede requerir enfocarse en tomar pasos para encontrar un nuevo trabajo, los cuales se encaminarían a acciones como actualizar su curriculum, llamar a colegas para que lo recomienden y practicar entrevistas laborales posiblemente incluyendo conductas que complementarían tal repertorio de habilidades como empezar a ejercitarse y levantarse a una hora específica (Barraca, 2009).

ÁREA	AC	TACD
TEORÍAS		
<i>Paradigmas de aprendizaje destacados</i>	Reforzamiento Negativo.	Reforzamiento Positivo.
<i>Modelo teórico explicativo</i>	Modelo "TRAP".	Ley de igualación de Herrnstein.
TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN		
<i>Técnicas básicas</i>	Programación de actividades flexible. Incorporación jerárquica. Automonitorización.	Programación de actividades jerárquica con incorporación reglada (15 actividades, se incorporan 3 por semana).
<i>Otras técnicas importantes</i>	Exposición a situaciones evitadas, ensayo verbal de la tarea.	Reforzamiento material programado combinado con el social.
<i>Otras técnicas complementarias</i>	Acción hacia una meta, distracción temporal, role-playing, habilidades sociales, asertividad, modelado.	Contratos de contingencias.
TRABAJO COGNITIVO		
<i>Planteamiento de intervención</i>	Intervención directa sobre la rumia depresiva.	No se plantea necesaria la intervención directa: la rumia disminuirá naturalmente según avance la activación.
<i>Técnicas empleadas</i>	Cuestionamiento de su función, trabajo desde el <i>mindfulness</i> .	
TRABAJO CON LA MOTIVACIÓN		
<i>Planteamiento</i>	Motivación va "de fuera adentro".	El valor reforzante de las actividades la facilitarán.
<i>Técnicas empleadas</i>	Compromiso. Solución de problemas con el acrónimo "ACTION".	Compromiso.
ESTRUCTURACIÓN DE LA TERAPIA		
<i>Temporalización</i>	Bisemanal al principio y luego semanal. Seguimiento. Sesiones de 60 m.	3 ó 4 veces por semana al inicio. Luego 2 veces por semana. Seguimiento. Sesiones de 50, 30 y 15 m.
<i>Duración</i>	20 a 24 sesiones.	12 a 15 sesiones.
<i>Formato</i>	Individual. Grupal.	Individual.
MÉTODOS DE EVALUACIÓN		
<i>Auto-registros</i>	Fundamentales para el Análisis Funcional.	Importantes para el Análisis Funcional.
<i>Cuestionarios</i>	BDI, Escalas de Hamilton, BADS, EROS.	BDI, Escalas de Hamilton, BADS, EROS.
EVIDENCIAS EMPÍRICAS		
<i>Diseños experimentales</i>	Amplio estudio aleatorizado con grupo control y comparación con otras terapias eficaces.	Estudio aleatorizado sin grupo control y con comparación con otros abordajes no contrastados.
<i>Casos clínicos</i>	Con población latina, en comorbilidad con obesidad, en pacientes con depresión severa medicados y no medicados.	Con trastornos mixtos ansioso-depresivos, en consumidores de drogas ilegales, en enfermos de cáncer, en pacientes con trastorno límite de la

Figura 12. Diferencias planteadas por la intervención con la AC y con la TACD (Barraca, 2009).

La terapia se enfoca en descubrir qué patrones mantienen la depresión y qué áreas de cambio probablemente mejorarán el estado de ánimo del paciente y después hacer cambios. Para este modelo es imprescindible incorporar en sus intervenciones un trabajo muy detallado sobre la motivación del cliente y su compromiso con la terapia; la persona debe entender y estar de acuerdo

con el enfoque que se le presenta para justificar su situación, pues únicamente así comprenderá por qué debe comprometerse con unos objetivos independientemente de su sintomatología (Martell et al., 2001).

Las técnicas de tradición conductual como extinción, moldeamiento, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de resolución de problemas pueden servir de apoyo para la intervención, pero la TACD no implica un desarrollo específico de cada una de estas técnicas para alcanzar los objetivos planteados, sin embargo, puede apoyarse de ellas en las situaciones que lo ameriten en función de cada paciente y sus necesidades. En la TACD, se emplean como estrategia fundamental, la monitorización a través de registros de actividades, la jerarquización de tareas y su programación. Se busca que el paciente asuma la responsabilidad de su cambio y participe activamente en el curso de la terapia, con un énfasis particular en el trabajo fuera de la sesión. El reforzamiento semanal contingente a la ejecución de las tareas de activación se considera esencial con estas actividades, la persona mejora en su capacidad para obtener un reforzamiento natural en su vida cotidiana (Lejuez et al., 2001).

El análisis de las actividades reforzantes debe ser específico para cada persona, debido a que aquello que la mayoría puede entender como algo positivo y deseable, puede estar desempeñando una función de reforzamiento a las conductas depresivas del sujeto. Este planteamiento enfatiza el valor del análisis funcional. Los registros de actividad y estado de ánimo asociado con tales actividades son importantes para la evaluación, pero también para la intervención, y servirán para que la persona comprenda mejor la lógica del modelo (si se expone a determinadas situaciones a la larga su estado de ánimo mejorará) y favorecen la recuperación de las rutinas interrumpidas; además, facilitan el aprendizaje (Barraca, 2009).

Kanter, Rusch, Busch y Sedivy (2008), argumentaron que es posible complementar la TACD con instrumentos que midan el tipo de conductas deseadas, por ejemplo la última versión del BADS que está compuesta por 25 ítems a partir de los cuales se evalúan cuatro dimensiones: Activación; Evitación / Rumia; Afectación del trabajo o del rendimiento académico; y Afectación de la vida social. Además, se obtiene una puntuación general, integrando todas estas dimensiones, que podría definirse como el grado en que el sujeto tiene una situación de activación (es decir, se involucra en actividades) y hace frente a sus síntomas depresivos y a sus consecuencias. Existe ya una adaptación española de este instrumento (Barraca y Pérez, pendiente de publicación) con buenas propiedades psicométricas (fiabilidad y validez), en línea con las del instrumento original. Otro instrumento útil es la escala breve EROS, compuesta por 10 ítems y desarrollada para obtener una medida del grado en que el entorno parece reforzar al sujeto. Los elementos que lo componen miden el incremento de la conducta y el afecto positivo que surge como consecuencia de experimentar vivencias reforzantes del entorno. La escala ha presentado una buena fiabilidad y validez, y su única dimensión favorece una interpretación sencilla de las puntuaciones.

En la actualidad se considera que la medicación es indispensable en los casos de depresión severa, integrando el tratamiento con fármacos y la terapia cognitiva, se han obtenido resultados favorables, los cuales han sido medidos y respaldados con datos objetivos. No obstante ello, la intervención basada en evidencia implica estar en constante investigación y en búsqueda de ofrecer los tratamientos que supongan mayor beneficio para los pacientes. En este contexto no todos los pacientes se ven beneficiados de igual manera con los medicamentos o con la terapia cognitiva, la cual tiene resultados variables, ya que implica un nivel considerable de experiencia por parte de los terapeutas para ser llevada a cabo de manera adecuada (Dimidjian et al., 2006).

Dimidjian et al. (2006), realizó un estudio para comparar la efectividad de tratamientos y probó la eficacia de la AC comparándola con la terapia cognitiva y la medicación antidepresiva en un diseño aleatorizado controlado con placebo en adultos con trastorno depresivo mayor (N = 241). Además, examinó la importancia de la gravedad inicial como moderador del resultado del tratamiento. Entre los pacientes más gravemente deprimidos, la AC fue comparable a la medicación antidepresiva, y en su estudio ambos superaron significativamente la terapia cognitiva.

Los resultados de Dimidjian et al. (2006), resultan muy interesantes, especialmente en el tratamiento de la depresión severa en pacientes donde técnicas como la reestructuración cognitiva pueden llegar a dificultarse, sin embargo, a pesar de haber investigado una muestra relativamente grande, hace falta mayor nivel de evidencia para sustituir a la terapia cognitiva en favor de la TACD en función de la efectividad de ambas. Es importante tomar los datos con cautela, puesto que existen textos publicados como el de Pérez (2007), que a modo de divulgación científica afirma la no necesidad de un sistema cognitivo y la significativa superioridad de la intervención puramente conductual sobre la medicación y la terapia cognitiva. Los datos aún no son suficientes para tal afirmación, especialmente cuando el enfoque cognitivo ha acumulado mayor evidencia a lo largo de los años (probablemente en parte, debido a tradición académica que se ha formado entorno a teorías como la de Ellis o Beck).

Existen otras posturas más conciliadoras que reconocen la necesidad de acumular mayor cantidad de evidencia, tal como se mencionó anteriormente, autores como Martell et al. (2001), quienes han aportado un sustento teórico importante a la TACD, no niegan la presencia de cogniciones subyacentes al trastorno, pero afirman que el enfoque es útil en la para ofrecer una alternativa de tratamiento breve, partiendo de las principios conductuales.

Pérez (2007), también señala la importancia de tener en cuenta que la terapia cognitiva de la depresión lleva décadas mostrando buenos resultados, y la controversia entre la eficacia del modelo TACD contra intervenciones cognitivas favorece a una perspectiva de la depresión genuinamente psicológica, que vuelve a situar su génesis y mantenimiento en los aspectos vitales que experimenta la persona y en sus propios comportamientos, lo cual supone una separación de las concepciones biologicistas que conciben este cuadro no como una manifestación de esos problemas vitales sino como una enfermedad.

Capítulo 4. Propuesta de Taller Grupal para Pacientes con Depresión.

4.1. Justificación

Se calcula que la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Estas cifras tan elevadas implican múltiples consecuencias a nivel económico y social, llegando a ser considerada la principal causa de discapacidad en el contexto laboral, lo cual conlleva pérdidas millonarias en múltiples sectores al disminuir la productividad. Esto es un reflejo directo del gran impacto que la depresión ejerce sobre la salud de la persona, disminuyendo la calidad de vida de una manera significativa, siendo además, uno de los principales factores implicados en el suicidio, lo cual representa aproximadamente más de 800,000 muertes anuales (OMS, 2018).

Los países integrantes de la ONU se han comprometido para dar solución a este problema de salud mundial. Nuestro país forma parte de estos compromisos. Encaminados a ofrecer soluciones, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud en México (2014) obtuvo

datos que reflejan una prevalencia de entre 12 y 20% de afectados en el total de la población adulta. Sumado a esto, se tiene detectado que menos del 20% de quienes padecen trastornos afectivos, reciben algún tipo de ayuda y quienes la obtienen pueden tardar hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado (Berenzon et al., 2013).

Es necesario llevar a cabo estrategias para atender esta problemática, ya que actualmente se cuenta con tratamientos basados en evidencia que han demostrado ser eficaces. El enfoque cognitivo conductual ha planteado una alternativa en el tratamiento de la depresión, que ha sido demostrada mediante el logro de cambios específicos en comportamientos desadaptativos, logrando un impacto en el bienestar objetivo y subjetivo de la persona. El psicólogo cumple un papel importante en esta estrategia, al ser el profesionalista mejor capacitado para llevar a cabo tratamientos desde este enfoque clínico.

Tomando en cuenta todo lo mencionado hasta el momento, este trabajo plantea una propuesta de intervención integral mediante el uso de técnicas fundamentadas en el enfoque cognitivo conductual, con el objetivo de apoyar a un grupo de pacientes en el proceso de remisión mediante estrategias de reestructuración cognitiva y cambio conductual. Al terminar la terapia, el paciente habrá modificado la mayor cantidad posible de esquemas desadaptativos en múltiples áreas de su pensamiento y tendrá un panorama más amplio de posibles acciones a tomar ante síntomas posteriores. La intervención considera alcanzado su objetivo, cuando el paciente adquiere una cantidad de conocimientos, habilidades y experiencias que le permitan ser capaz de modificar su situación, lo cual debe reflejarse mediante indicadores objetivos de la sintomatología.

Con base en la teoría de terapia cognitivo conductual breve, se llevarán a cabo 15 sesiones que integren elementos clave para alcanzar una remisión duradera, disminuyendo la probabilidad de recaída.

4.2. Objetivos

4.2.1. Objetivo General.

Plantear una propuesta de un taller grupal basado en técnicas de tipo cognitivo conductual, con la finalidad de obtener una disminución en la sintomatología depresiva de adultos, mediante una intervención estructurada y basada en evidencia. Representando una propuesta aplicable en el contexto de instituciones dedicadas a la salud mental en México.

4.3. Variables de Interés.

Variable Dependiente 1: Depresión.

Definición Conceptual: Alteración específica del estado de ánimo referido como tristeza, apatía, un concepto negativo de sí mismo, acompañado de autoreproches, autoinculpción, autocastigo, trastornos vegetativos y cambios en el nivel de actividad (Beck, 2000).

Definición Operacional: Puntuación obtenida a través del Inventario de Depresión de Beck II

Variable Independiente: Taller para el manejo de la depresión (15 sesiones).

Definición Conceptual: Variedad de intervenciones basadas en los modelos de aprendizaje y conceptos de las teorías conductuales como el refuerzo, castigo, extinción, modelado o imitación. El objetivo principal de la terapia está orientado hacia el hacer o dejar de hacer ciertos actos que producen la sintomatología, incluyendo como conducta a los procesos mentales. Es una terapia

orientada a la acción, hacia el presente, poniendo énfasis en la cuantificación de los progresos obtenidos y fomentando la independencia del paciente (Caballo, 2008).

Definición Operacional: Las técnicas propias de la terapia cognitivo conductual que formaran parte del tratamiento: psicoeducación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales, acompañadas de un programa de Activación Conductual (AC).

4.4. Diseño

Cuasi-experimental intrasujetos, de pre-test post-test, de un sólo grupo, es decir, a un mismo grupo se le aplicaron dos pruebas antes de iniciar el taller, al finalizar el taller y 3 meses después para el seguimiento a mediano plazo.

4.4.1. Participantes.

Las instituciones de salud mental atienden a personas con trastornos agrupables, pero en muchos casos esos trastornos se dan en personas de características muy distintas. Debido a la necesidad de ofrecer un servicio eficaz para múltiples públicos, se trabajará con una muestra no probabilística, no se trata de una muestra de distribución normal. Los participantes habrán realizado el proceso de ingreso normal al centro, hasta la etapa de diagnóstico e intervención farmacológica, en caso de ser necesaria y canalización al servicio de atención psicológica.

Los criterios de inclusión serán:

- a) Tener una edad de entre 18 y 60 años (Rango de edad adulta)
- b) Tener como diagnóstico principal algún episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente, en cualquiera de sus niveles de severidad (leve, moderada o severa) o distimia. Haber sido

diagnosticado en la institución mental mediante criterios de CIE-10, CIE-11 o sus equivalentes en el DSM-IV.

c) Obtener un puntaje mayor o igual a 10 puntos en el Inventario de Depresión de Beck II.

d) Firma, de la hoja de consentimiento informado aprobada por el comité de ética e investigación de la institución hospitalaria.

Los criterios de exclusión serán:

a) Pacientes con depresión severa o aquellos que su sintomatología impida el aprovechamiento de la intervención o amerite hospitalización.

b) Tener una capacidad intelectual limítrofe o deficiencia mental por impresión clínica o pruebas psicológicas previas.

c) La co-ocurrencia de algún trastorno médico que condicionara el episodio depresivo actual, o de algún trastorno de conducta o de personalidad grave que no permitiera la aplicación de los instrumentos e intervenciones propuestas.

4.4.2. Lineamientos Éticos.

Cada participante deberá firmar un consentimiento informado. En el cual se describa con detalle el objetivo de la investigación, así como las actividades a realizar. Se comunicará que la información será tratada de manera confidencial, cuidando su anonimato e identidad. Se informará el grado de riesgo de la investigación, el cual es un riesgo mínimo, con base en criterios establecidos en el artículo 17 de la Ley Federal de Salud en Materia de Investigación para la Salud, ya que la terapia cognitivo conductual es un procedimiento habitualmente usado para individuos

con la sintomatología que ellos presentan. Entre los posibles riesgos se encuentran llegar a situaciones que impliquen incomodidad, llanto, angustia, enojo y otras similares como resultado en el abordaje de sentimientos, emociones y experiencias dolorosas. También es posible que la persona se sienta exhausta durante o al concluir la sesión, siendo muy poco probable que la sintomatología depresiva empeore posterior a la intervención. Para contrarrestar estos riesgos, es importante que la intervención sea realizada por un psicólogo con experiencia clínica demostrable, ya que son elementos frecuentes e importes durante el proceso de la psicoterapia.

Se debe explicar a cada participante que puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que esto genere ninguna afectación en el servicio que reciben por parte de la institución. Los participantes tendrán la posibilidad de solicitar toda la información relacionada con el estudio, desde aspectos teórico-metodológicos hasta los resultados.

4.4.3. Recursos Humanos.

Las sesiones requieren la intervención de un terapeuta con conocimiento y experiencia de abordaje grupal, enfoque cognitivo conductual y tratamiento para la depresión. Para la sesión de psicoeducación y resolución de dudas en aspectos farmacológicos, es necesario contar con la presencia de un psiquiatra, con el fin de aclarar dudas muy específicas en relación al uso de medicamentos.

4.4.4. Escenario.

Centros de salud: aula amplia, con dimensiones mínimas de 8x8 y máximas de 16x16 metros cuadrados. Es necesario que el escenario cuente con limpieza, iluminación, ventilación, temperatura adecuada y condiciones de privacidad.

4.4.5. Materiales e Instrumentos.

Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Instrumento que mide la gravedad de los síntomas depresivos en muestras clínicas y no clínicas y Subescala de Depresión HADS, la cual es ideal para uso en ambiente hospitalario; sillas, mesas o tablas para escribir, pizarrón, plumones, laptop, proyector, papel, lápices, plumas, gomas, tapetes o alfombra esponja.

4.5. Procedimiento

1. Se identificará a los posibles candidatos para el estudio a través del servicio de consulta externa.
2. Aquéllos pacientes con diagnóstico compatible con los criterios de inclusión y exclusión serán invitados a formar parte de él, con la correspondiente atención psicológica que ello conlleva.
3. Pre-test: Se realizará la primera medición mediante el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), para generar la línea base de cada participante. El cual debe contener el tiempo y tipo de intervención recibida hasta el momento.
4. Inicio del tratamiento: El taller grupal dará inicio al tener entre 10 y 15 participantes necesarios que hayan cubierto los requisitos anteriores. Se trabajará en dos sesiones semanales de una hora (15 sesiones). La descripción de las sesiones se muestra en la sección de tratamiento.
5. Post-test: Al terminar la intervención se deberá aplicar nuevamente el instrumento de medición utilizado para la obtención de la línea base. Se recabarán y graficarán los datos de las mediciones realizadas a cada participante. Y se asignará una fecha de seguimiento, para que los participantes acudan a una medición de seguimiento con el mismo instrumento.

6. Se sugiere llevar a cabo el análisis estadístico con los datos correspondientes a pre-test, post-test y seguimiento.

4.5.1. Composición del Taller

Carta descriptiva de las sesiones del taller:

SESIONES	ACTIVIDADES DE LA SESION
<p>Sesión 1:</p> <p>Introducción</p>	<p>Terapeuta se presenta ante grupo:</p> <p>Contexto - lugar, duración y alcance de la terapia Reglas de grupo, ética y confidencialidad.</p> <p>Pacientes se presentan ante grupo con los siguientes datos:</p> <p>Datos personales Diagnóstico Síntomas Tipo de tratamiento (medicación y avances) Expectativa de la terapia</p> <p>Terapeuta hace reflexión sobre aspectos en común, resaltando la semejanza entre experiencias de distintos miembros para fomentar la cohesión grupal.</p> <p>Cada paciente deja por escrito sus síntomas y cómo esos síntomas han afectado aspectos de su vida. Este material lo guarda el terapeuta para futuras sesiones de reestructuración cognitiva.</p>
<p>Sesión 2:</p> <p>Psicoeducación General</p>	<p>Iniciar la participación grupal, fomentando que los pacientes argumenten lo que ellos conocen sobre su trastorno, causas y tratamientos, para empezar a comprender los sistemas de creencias de cada uno. Explicar que la sesión será de psicoeducación.</p> <p>Iniciar psicoeducación con presentación de los temas:</p> <p>Aspectos generales del trastorno. Aspectos generales del tratamiento.</p> <p>Durante la presentación se debe fomentar la participación ordenada de los pacientes, procurando el aprendizaje significativo mediante el abordaje de los conceptos clave en ejemplos personales que cada persona quiera compartir. Con esto se empieza a crear el ambiente adecuado para las</p>

	<p>terapias cognitivas y el terapeuta empieza a conocer a los miembros de grupo, generando hipótesis respecto a los esquemas de cada miembro.</p> <p>Los temas deben ser presentados de la manera más clara posible, es importante resolver dudas y comprobar mediante diálogos y participaciones el nivel de atención de grupo, puesto que el trastorno depresivo, especialmente en nivel moderado y grave, genera dificultades significativas en las habilidades implicadas.</p> <p>Se procederá a dar una plática psicoeducativa respecto a la influencia de los “hábitos nocivos y saludables”, así como, de la forma en que la depresión interactúa con ellos. Cubriendo aspectos como los ritmos de sueño, uso de tecnología, ejercicio, alimentación y socialización. Planteando ejemplos individuales mediante la participación de cada uno.</p>
<p>Sesión 3: Psicoeducación Cognitiva</p>	<p>Rutina Física: Al inicio de esa sesión se explicará la incorporación de una nueva actividad. Se realizará una activación física mediante métodos sencillos de estiramiento y calentamiento durante 15 minutos; la intensidad será ligera, prestando atención al estado físico de cada persona. Para ello se organizará al grupo de pie de manera que se cuente con el espacio suficiente para cada movimiento. El terapeuta guiará al grupo para que repitan los movimientos que se realizan, colocado al frente, en punto visible para que todos puedan llevar a cabo la activación física.</p> <p>La rutina física debe apegarse a los aspectos teóricos abordados en la sección de psicoeducación, se trata de un calentamiento ligero, adaptable a las necesidades y capacidades del grupo implicado, pero que cumpla los requisitos básicos de un calentamiento físico, es decir, implicar secciones de todo el cuerpo, activar de manera ordenada (ascendente o descendente) los músculos principales y que involucre estiramiento suave.</p> <p>Como material de apoyo para las primeras sesiones se sugiere el siguiente video en el que se muestran los movimientos básicos para una rutina de activación física sin riesgos para la salud. Se incluyen movimientos suaves iniciando por movimientos de cuello, seguidos por movimientos de brazos, posteriormente movimientos de cadera, rodillas y por último de pies: https://www.youtube.com/watch?v=4SaCB-3adMU</p> <p>En posteriores sesiones es recomendable que el terapeuta sea el modelo que guie la rutina física, y más adelante será favorable para las funciones cognitivas de los pacientes, turnarse para que cada uno de ellos pueda llevar el rol de guía el calentamiento físico, de ese modo tendrán un papel</p>

más activo durante la rutina y aprender la forma correcta de realizar la actividad para poder ser autosuficientes en esta área a futuro.

Al terminar se tomará asiento y los pacientes tendrán unos segundos para automonitorear sus emociones. Después deberán expresar su estado emocional y opiniones respecto a la función de la activación: ¿Qué sentido tiene haber hecho ese calentamiento?

Con ello se podrán explorar de manera libre sus opiniones, orientando en los casos que sea necesario y reforzando aquéllas opiniones acertadas desde un enfoque de salud física y mental.

Para la Psicoeducación Cognitiva se explicará el modelo A-B-C de manera general, impulsando a los pacientes a expresar experiencias donde estos elementos se reflejaron en su vida. Abordando la importancia de detectar de emociones como ira, tristeza, felicidad, sorpresa, miedo, amenaza, enfado, alegría, satisfacción, agresividad, etc. El paciente deprimido puede experimentar en diversos momentos todas estas emociones, sin embargo, la sintomatología le lleva a prestar mayor atención a los aspectos negativos, siendo frecuente que la persona se encuentre en un estado emocional que produce malestar sin darse cuenta en qué momento su ánimo oscila.

Para poder implementar un modelo A-B-C, este factor es indispensable ya que el registro emocional asociado a creencias y sucesos es una habilidad que se debe entrenar para ser consciente de los propios estados de ánimo. Debido a los procesos humanos de atención y automatización, las personas no estamos todo el tiempo conscientes de cómo nos encontramos y esto permitirá al paciente poder auto examinarse de manera consciente con los beneficios que el autorregistro ha demostrado.

Se asignará la tarea de realizar registros de manera individual, realizando el automonitoreo a lo largo del día durante las siguientes sesiones. Estos registros servirán para entrenar esa habilidad, aumentar el sentido de responsabilidad hacia el grupo y obtener contenido de relevancia que se abordará en las siguientes sesiones.

Para terminar, se explicará que la siguiente sesión será una clase donde se resolverán dudas sobre los fármacos que se utilizan para su trastorno. Por lo tanto, deben llevar papel y pluma para tomar notas. Además es muy importante que valoren sus principales dudas porque un médico las va a resolver, y es necesario que hagamos las preguntas de manera ordenada para que todos obtengamos las respuestas que buscamos. Cualquier duda que tenga sobre efectos secundarios o contraindicaciones respecto a utilizar ciertos medicamentos, podrá ser abordada en la siguiente sesión.

<p>Sesión 4:</p> <p>Psicoeducación de Fármacos</p>	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física.</p> <p>Se presenta al médico que dará la plática informativa sobre fármacos y se explica que al final podrán resolverse una por una las dudas de cada persona.</p> <p>Cada paciente se presentará ante el médico con su nombre, diagnóstico y en su caso, el medicamento que esté tomando, de tal forma que la plática cobre un enfoque más específico.</p> <p>Se proporcionará al paciente un conocimiento básico y simplificado de los procesos bioquímicos que ocurren en el paciente con depresión y el funcionamiento del medicamento con los posibles efectos secundarios que conlleva. Lo cual permite se enfocará a que el paciente entienda que su trastorno implica elementos biológicos y psicológicos que interactúan para favorecer o empeorar sus síntomas. También se busca aclarar dudas muy específicas del medicamento, siendo frecuente que los pacientes posean dudas que no se aclararon durante su consulta médica inicial. Se debe hacer énfasis en desmitificar efectos del fármaco, delimitando aspectos en los que el consumo reduce los síntomas de manera directa y aquellos en los que se debe hacer énfasis de manera psicológica.</p> <p>Toda vez que el médico que ofrece la plática, no es el mismo que recetó los medicamentos, en caso de que surjan hipótesis de requerimiento de un aumento, reducción o cambio del fármaco, se dará una recomendación a la persona para que lo comente con su médico tratante. Al concluir la plática informativa, la persona tendrá un mayor nivel de conocimiento que se refleje en sus estrategias de afrontamiento y su expectativa de autocontrol.</p>
<p>Sesión 5:</p> <p>Reestructuración Cognitiva</p> <p>Punto de partida-temas de autoestima</p>	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física.</p> <p>Se tomará el tema de autoestima como punto de partida para la sesiones de reestructuración cognitiva, debido al frecuente deterioro de esta área en el trastorno depresivo.</p> <p>Para facilitar la expresión de ideas se realizará una actividad inicial donde cada paciente escribirá 3 virtudes y 3 defectos de sí mismo. Se proporcionará a cada paciente papel y lápiz, dando el tiempo suficiente para que en silencio cada persona establezca sus principales virtudes y defectos para posteriormente exponerlos ante el público. Esto servirá para conocer más las creencias de cada uno y fomentar integración grupal mediante aspectos compartidos. Durante estas actividades se impulsa a que los pacientes opinen respecto a lo que sus compañeros comentan, lo cual es importante para la contrastación grupal de esquemas cognitivos.</p>

	<p>Será función del terapeuta impulsar esto, con la debida contención grupal, dirección de los temas y conclusiones profesionales de contraste lógico.</p> <p>Abordar mediante la contratación de argumentos basados en la lógica adaptativa los esquemas que reflejen conflicto para los participantes. Terminada la actividad se debe contextualizar la importancia de la interacción de la autoestima, haciendo énfasis en la influencia que tiene sobre nuestros pensamientos y comportamientos automáticos, así como, la capacidad de modificar el autoconcepto mediante el uso de estrategias de contraste de esquemas lógicos y de cambio conductual.</p> <p>Primero se deben abordar los defectos y después las virtudes puesto que la primera etapa puede ser un tema que conlleva emociones negativas, siendo más apropiado para un cierre emocionalmente positivo el abordaje de virtudes.</p> <p>La tarea de esta sesión será valorar lo comentado y pensar en estrategias que les generen nuevas virtudes capaces de contrarrestar el peso que atribuyen a sus defectos. Lo cual es relevante para que la persona sea consciente de su capacidad para modificar el autoconcepto, comprendiendo que, desde esta perspectiva no hay personas malas, solo comportamientos adaptativos o desadaptativos que pueden ser modificados con esfuerzo y disciplina.</p>
<p>Sesión 6:</p> <p>Reestructuración Cognitiva</p>	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física.</p> <p>Esta sesión es continuación de la sesión cinco, es importante retomar la tarea asignada al grupo como punto de partida.</p> <p>La sesión se enfocará en aspectos que el grupo requiera en función de la sintomatología referida. Se abordará la disfuncionalidad ocasionada por el trastorno a nivel social. Desde la perspectiva cognitiva, el comportamiento es un resultado de esquemas, creencias y pensamientos automáticos que la persona mantiene de manera clara o discreta. Por lo tanto, es necesario encontrar las creencias subyacentes que están actuando de un modo disfuncional y contrastar con la lógica y la perspectiva de salud mental. Para ello los pacientes expresarán situaciones de su vida y recibirán retroalimentación por parte de sus compañeros, con la debida regulación y dirección del terapeuta.</p> <p>Las personas podrán comentar situaciones de su vida donde se hayan presentado problemáticas con sus círculos sociales, por ejemplo familia,</p>

	pareja, amigos, colegas. Delimitando aquéllos elementos donde la sintomatología depresiva ha impedido el correcto funcionamiento de la persona en sociedad.
Sesión 7: Solución de Problemas	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física.</p> <p>Explicar la terapia de solución de problemas de D’Zurilla y Nezu (1982), La cual se enfoca en orientar a los pacientes para generar más opciones de solución ante diversas problemáticas. Se iniciara delimitando el problema, posteriormente se generará una lista de oportunidad a través de lluvia de ideas, el tercer paso será examinar la funcionalidad de cada una.</p> <p>AC (Programación de Actividades Reforzantes)</p> <p>Se solicitará a los pacientes crear un calendario con los siete días de la semana y el horario de actividades habitual. Se solicitará programar acciones, supervisando en cada sesión la ejecución de las mismas. Las actividades deberán establecerse en función de los elementos reforzantes de cada participante, los reforzantes no tienen que ser los mismos para todo el grupo, pero el grupo servirá como elemento de supervisión social, así como, facilitadores de estrategias lógicas para la ejecución de las actividades planteadas.</p> <p>Para explorar los aspectos que resultan reforzantes para cada persona, se realizará una actividad donde los pacientes tendrán el tiempo necesario para escribir una meta a corto, mediano y largo plazo, que en algún momento se plantearon y no lograron. Deberán contar al grupo cada una de ellas y explicar sus creencias, emociones y pensamientos al respecto.</p> <p>Lo anterior puede generar un ambiente enfocado a fracasos pasados; no se debe evitar la externalización de emociones negativas, ya que la expresión de éstas es necesaria en el proceso terapéutico, sin embargo, se debe encaminar el final de la sesión al entrenamiento en resolución de problemas, generando alternativas de comportamiento que pueden ser útiles ante nuevas metas similares; para ello el grupo ofrecerá sus puntos de vista y el terapeuta contrastará con esquemas lógicos las diferentes alternativas.</p> <p>La AC desempeña un papel muy importante en torno a la sintomatología depresiva. El registro de AC se asignará como única tarea permanente durante toda la terapia, será importante destinar tiempo de las siguientes sesiones para la supervisión y apoyo en este sentido.</p>
Sesión 8: Solución de	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física.</p> <p>Se continuará con actividades de la sesión siete correspondiente a solución de problemas e implementación de AC. Esta sesión deberá</p>

Problemas	enfocarse en aspectos que el grupo requiera, abordando el contenido más relevante referido por los participantes.
<p>Sesión 9:</p> <p>Entrenamiento en Habilidades Sociales</p>	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física. Supervisión y retroalimentación de avances en AC</p> <p>Se abordará el papel que la socialización tiene en la sintomatología depresiva, procurando que los participantes aporten sus situaciones personales a modo de ejemplo. Se explicarán las estrategias planteadas por Caballo (2008) para el entrenamiento en habilidades sociales:</p> <p>Desarrollar un sistema de creencias que respete los propios derechos y los de otros, es decir, aprender a reconocer el derecho a expresarse, estar en acuerdo o desacuerdo, decir lo que siente o piensa sin sentirse juzgado y respetar los mismo derechos en los demás.</p> <p>Aprender a distinguir entre conductas asertivas, pasivas y agresivas, evitando que los demás sobrepasen los propios derechos y evitando sobrepasarlo con la propia conducta, para optar por comportamientos más conciliadores.</p> <p>Integrar la reestructuración cognitiva en situaciones sociales, teniendo claro que cada argumento interiorizado, tiene el poder para influir sobre los sentimientos y comportamientos en el contexto social, pudiendo ser el origen de los obstáculos para una correcta interacción y por ende, un maximizado de la sintomatología. Por ello es importante aplicar una lógica reestructurada para alcanzar estrategias útiles y realistas.</p> <p>Los contenidos de esta sesión se integrarán con las sesiones anteriores, de modo que para este punto, la persona debe poseer un conocimiento de su trastorno y su tratamiento (psicoeducación); debe entender el efecto de sus creencias sobre su comportamiento y la capacidad que tiene para cambiarlas (reestructuración cognitiva); aprender un método sencillo pero eficaz para abordar problemas cotidianos (solución de problemas) y ser capaz de establecer metas que le sean reforzantes, a modo de dirigir su conducta a una planeación estratégica enfocada a la obtención de reforzamiento (AC); en este sentido, la intención de socialización debe integrarse mediante el abordaje de cada uno de los pasos mencionados hasta el momento.</p>

<p>Sesión 10:</p> <p>Entrenamiento en Habilidades Sociales</p>	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física. Supervisión y retroalimentación de avances en AC.</p> <p>Se continuará con el entrenamiento de habilidades sociales y la integración de los temas anteriores con un enfoque en la socialización. Es decir, creencias, metas, estrategias, planeación y ejecución realista y objetiva mediante el apoyo del terapeuta y el grupo.</p>
<p>Sesión 11 y 12:</p> <p>Reestructuración Cognitiva</p>	<p>Ambas sesiones iniciarán con rutina física y supervisión de avances en AC.</p> <p>Con los avances obtenidos hasta este punto, es el momento ideal para retomar los esquemas originales de los participantes y contrastar el nuevo enfoque. Adicionalmente se deben explorar la mayor cantidad de esquemas disfuncionales de los participantes, abordando creencias irracionales.</p> <p>En esta fase del tratamiento, no deberían presentarse dificultades para abordar contenidos relevantes para la sesión, sin embargo, si los pacientes no se muestran participativos, el terapeuta puede recurrir a las estrategias antes mencionadas, y las personas pueden libremente contar aspectos de su vida que quieran compartir con el grupo y se relacionen con el trastorno; el terapeuta puede solicitar a los demás miembros del grupo que aporten sus opiniones y experiencias similares en relación a lo expresado por los otros integrantes.</p>
<p>Sesión 13 y 14:</p> <p>Pre-Cierre</p> <p>Recapitulación (En función a necesidades)</p>	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física. Supervisión y retroalimentación de avances en AC.</p> <p>Se recordará a los participantes que se trata de la sesión 13 de 15, por lo tanto aquellos que quieran tratar temas específicos a su sintomatología deben aprovechar la oportunidad para externar sus necesidades puesto que la intervención se acerca a su fin.</p> <p>Si los participantes desean abordar aspectos específicos se debe dar prioridad a sus necesidades y abordar mediante las técnicas antes mencionadas, la mayor cantidad de aspectos posibles. Estas sesiones finales adquieren valor al permitir la integración de los elementos terapéuticos abordados hasta el momento.</p>

	<p>Es frecuente que los pacientes esperen hasta el final de sus terapias para externar elementos de mucha importancia en torno a su sintomatología, por ello, esta libertad al final de las sesiones pretende crear el ambiente idóneo para abordar elementos relevantes.</p> <p>Si sobra tiempo en la sesión 14, se hará una breve recapitulación de los temas psicoeducativos que se abordaron desde el principio.</p>
<p>Sesión 15:</p> <p>Cierre</p>	<p>Inicio de la sesión con actividad de rutina física.</p> <p>Adicionalmente se explicará de manera breve, que tanto la rutina física como la AC, son actividades que pueden utilizar a lo largo de su vida como herramientas para contrarrestar la sintomatología depresiva, incluso cuando no las realicen en un grupo o con un terapeuta.</p> <p>Se explicará que se trata de la última sesión, por lo tanto se pedirá a los pacientes responder nuevamente el Inventario de Depresión Beck II (BDI-II).</p> <p>Se pedirá a los pacientes, dejar por escrito de manera individual y breve los beneficios que les proporcionó la terapia grupal. Adicional a ello se pide, que agreguen un comentario de sugerencias para mejorar la intervención en futuros grupos.</p> <p>Como cierre final, cada persona comentará sus conclusiones al respecto, aquéllo que les ha beneficiado, los cambios que han logrado y lo que le pareció más útil y relevante entre los temas abordados.</p> <p>Agradeciendo la colaboración de cada miembro y reconociendo el esfuerzo dedicado, el terapeuta dará por concluida la terapia, sintetizando el alcance y logros que se tuvieron, enfatizando que la salud mental es un proceso con altas y bajas, en el que la persona debe tener un papel activo para mejorar su situación en función de aquéllo que conlleve mayor bienestar y satisfacción a largo plazo.</p>

4.6. Análisis de Datos y Posibles Resultados

Para comparar la sintomatología post-tratamiento y el seguimiento a tres meses con la línea base del estudio, resulta conveniente el uso de la prueba de rangos con signo Wilcoxon, la cual es una prueba no paramétrica que se usa para contrastar dos muestras relacionadas, dando a

conocer si existen o no diferencias significativas entre ambas. Lo cual permitirá saber si existen diferencias estadísticamente significativas entre la sintomatología pre-tratamiento, post-tratamiento y el seguimiento. El uso de la prueba de rangos con signo Wilcoxon requiere tener variables en nivel de medida ordinal, para ello resulta indispensable la correcta aplicación del Inventario de Depresión Beck II (BDI-II) además de la correcta transformación de los puntajes a niveles de depresión.

Con esta información será posible confirmar o rechazar la hipótesis nula de la investigación, permitiendo comprender si la terapia cognitivo conductual grupal (con posible manejo farmacológico) en adultos con depresión, puede ser más eficaz para la disminución de la sintomatología depresiva que el sólo manejo farmacológico tanto a corto (post intervención) como a mediano plazo (seguimiento a tres meses).

Los resultados pueden variar en función de cada paciente e incluso en función a las características subgrupo, por ello es importante recabar y reportar los datos útiles para el establecimiento de subcategorías, tales como edad, género, grado de estudios y tipo de sintomatología. Es posible que la intervención beneficie en mayor medida a un subgrupo de estos, y en caso de obtener resultados que sugieran tal efecto resultara relevante reportarlo y evaluar su significancia estadística.

Existen alternativas para el análisis de datos, por ejemplo, en caso de tratarse de grupos mayores a 30 personas sería más recomendable utilizar t de Student para muestras relacionadas, el cual es un método adecuado para estudios longitudinales con medición numérica pre y post intervención. En caso de grupos reducidos o pacientes individuales puede optarse por un diseño de caso único, en el cual se midan los progresos individuales.

4.7. Discusión

Con todo lo planteado, se asume que la depresión es un trastorno multifactorial que implica elementos biopsicosociales, es por ello que el tratamiento debe ser coherente atendiendo a distintos niveles para generar una mejora objetiva y subjetiva en la salud del paciente a largo plazo. El fármaco por si solo puede generar beneficios, pero es con la integración de todos los elementos implicados en el comportamiento que se puede generar beneficios que se mantengan en el tiempo, evitando las recaídas y la falta de adherencia.

Para comprender la relevancia de los datos que se obtengan, es necesario tomar en cuenta que la línea base ya es por si misma un tratamiento con un nivel de efectividad comprobada, por lo tanto las posibles mejoras obtenidas pretenden representar un incremento aún mayor de la eficacia para el tratamiento ofrecido. Lo cual tiene como objetivo buscar métodos para maximizar los beneficios que el hospital brinda, encaminados a lograr un mejor servicio para los usuarios.

A nivel teórico, existe la necesidad de delimitar de la manera más precisa los fundamentos que subyacen a una intervención. Existen profesionales que optan por realizar intervenciones puramente cognitivas o puramente conductuales, las cuales arrojan resultados que sirven para entender con mayor profundidad los elementos involucrados en cada una de estas modalidades. El enfoque cognitivo conductual no pretende conflictuar los planteamientos entre la relevancia de la cognición y conducta. En opinión del autor, la práctica clínica debe optar por la integración de aquéllos elementos que demuestran eficacia, cuidando en todo momento no caer en el eclecticismo carente de bases teóricas, lo cual se puede extender no solo al modelo cognitivo conductual, sino a otros enfoques que poseen planteamientos muy valiosos que resultarán muy útiles en la medida que los profesionales de la salud mental alcancen mayor grado de conciliación entre las posturas de conocimiento.

Conclusión

La propuesta de intervención surge de las necesidades observadas por el autor en el área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Durante la revisión teórica surgen datos que complementan esta postura. Rangel (2014) realizó una tesis de maestría enfocada al tratamiento de la depresión y conducta suicida en pacientes de la misma institución psiquiátrica, explicando que es sumamente importante buscar la mejor atención para una problemática como la descrita. Por tanto, tomando en cuenta la efectividad de la terapia cognitiva conductual, es preocupante que actualmente no se haya logrado implementar de manera formal esta opción de tratamiento en el referido Hospital Psiquiátrico, el cual es un reflejo del panorama de intervención en todo el país. Esta situación atenta contra la recuperación de los pacientes e incluso contra la misión y visión de la institución.

La naturaleza del trastorno implica la necesidad de una intervención integral, sin embargo, en esto radica una de las mayores dificultades a las que se enfrenta, puesto que los cambios de comportamiento humano son un proceso donde la persona se implica de manera activa y vivencial. El verdadero beneficio no se obtiene al momento inmediato de recibir instrucciones del terapeuta, sino hasta que se da un aprendizaje significativo en la vida del individuo que ha logrado aplicar en su realidad las herramientas que el terapeuta le ha facilitado.

Desde esta perspectiva, la persona toma un papel activo en la construcción de su realidad interna y externa. Se asume al trastorno como un proceso disfuncional de esta construcción de la realidad. Por lo tanto, la intervención considera alcanzado su objetivo cuando el paciente adquiere una cantidad de conocimientos, habilidades y experiencias que le hacen saberse capaz de modificar su situación. No se trata de una cura inmediata y no se pretende medirla como tal, se plantea como

un paso indispensable en el proceso de remisión, ya que previamente la persona necesita cumplir una serie de requisitos para poder obtener el máximo beneficio de esta terapia y posteriormente necesita seguir trabajando todos los conocimientos adquiridos, tomando un papel activo en su tratamiento.

La intervención es susceptible a las habilidades del terapeuta que la realiza y de igual forma no se trata de un manual infalible. Lo correcto es que posteriormente a cada aplicación, las actividades se depuren en función a los resultados obtenidos.

De manera más personal, este tipo de abordaje lo aprendí durante el servicio social que brindé en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, siendo testigo de cómo los factores curativos se van presentando en cada persona, por lo que tengo confianza de realizarlo con futuros pacientes, teniendo siempre presentes los alcances y limitaciones que representa, por si mismo o en contraste con intervenciones de tipo individual.

El objetivo final es lograr cambios objetivos en el comportamiento de las personas. Esto me lleva a plantearme proyectos que impliquen una metodología para evaluar de forma cuantitativa intervenciones de este tipo. Si bien, la práctica clínica cotidiana representa un estilo más pragmático, es importante respaldar con medidas lo más posiblemente estandarizadas los beneficios que se pueden alcanzar con distintos tipos de intervención.

Tomando en cuenta mi interés profesional por la Psicología Clínica, he optado por enfocar mi proyecto a un beneficio que al paciente le sea palpable de manera directa. Planteando todo de una forma que pueda ser aplicable de manera inmediata en instituciones privadas o gubernamentales. Brindar atención a las necesidades que los pacientes tienen en el momento que acuden en busca de apoyo psicológico.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición. DSM-V. Barcelona: Masson.
- Arcos, I. M., Castro, A. M., Matarán, G. A., Gutiérrez, A. B., Ramos, E. & Moreno, C. (2011). Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado. *Medicina clínica*, 137(9), 398-401.
doi.org/10.1016/j.medcli.2010.09.045
- Arredondo, A., Díaz L., Cabello H. & Recaman A. L. (2018). Análisis de costos de atención médica para esquizofrenia y depresión en México para el periodo 2005-2013. *Cuadernos de Salud Pública*, 34(1) 2-10. doi.org/10.1590/0102-311X00165816
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, 6(1), 37-58.
doi.org/10.6018/analesps
- Balanza, G. S., Morales, M. I., & Guerrero, M. J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y salud*, 20(2), 177-187. Recuperado de www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613879006
- Ballester, A. R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15(4), 3-7. Recuperado de www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1101

- Barraca, J. (2009). La Activación Conductual y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión. *Eduphpsyke*, 8(1), 5-23. Recuperado de repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/171/C00041413.pdf
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva*. Barcelona: Gedisa.
- Beck, J., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brower.
- Becker, B. (1998). El efecto del ejercicio y el deporte en el área emocional. *Educación Física Y Deportes*, 24(255), 76-84. Recuperado de efdeportes.com/index.php/EFDeportes/article/view/333
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (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. Recuperado de www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal131i.pdf
- Borges, G., Medina-Mora M. E., Wang, P. S. & Lara, C. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity. *American Journal Psychiatry*, 163(8), 1371-1378. doi/10.1176/ajp.2006.163.8.1371
- Borges, G., Nock, M., Medina-Mora, M., Hwang, I. & Kessler, R. (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 124(1), 98-107. doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.022
- Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo Veintiuno.
- Calderón, N. G. (1998). *Depresión, sufrimiento y liberación*. México: EDAMEX.

- Canguilhem, G. (1997). El estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 4(2), 287-307. doi: 10.1590/S0104-59701997000200006
- Cappeliez, P. (2001). Presentation of Depression and Response to Group Cognitive Therapy with Older Adults. *Journal of Clinical Geropsychology*, 6(3), 165-174. Recuperado de link.springer.com/article/10.1023/A:1009584915034
- Ceballos, R. (2010). *Ansiedad y Depresión. Guía práctica*. España: Formación Alcalá.
- Collazos, M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental. *Salud mental*, 30(2), 75-80. Recuperado de www.scielo.org.mx/pdf/sm/v30n2/0185-3325-sm-30-02-75.pdf
- Córdoba, A. M., & Merchán, C. M. (2010). Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento. *Pensamiento psicológico*, 7(14). Recuperado de javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/132
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1982). Social problem solving in adults. En P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 201-274). Nueva York: Academic Press.
- De La Fuente, Medina-Mora M. E. & Caraveo J. (1997). *Epidemiología de la patología mental*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Peña, F., del Carmen Lara, M., Cortés, J., Nicolini, H., Páez, F., & Almeida, L. (1996). Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia. *Salud Mental*, 19(3), 17-23. Recuperado de revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/630

- De la Revilla, L., Ríos, A. M., & Castillo, J. D. (1994). Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales. *Atención Primaria*, 39(6), 305-311. doi.org/10.1157/13106286
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E. & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 5-23. doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E. & Herman, D. R. (2008). *Behavioral Activation for Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Domínguez, G. V. (1991). Sobre la melancolía en hipócrates. *Psicothema*, 3(1) 260-266.
Recuperado de www.researchgate.net/profile/Vicente_Dominguez/publication
- Dubicka, B., Elvins, R., Roberts, C., Chick, G., Wilkinson, P. & Goodyer, I. (2010). Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 197(6), 433-440. doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075853
- Elferink, J. (2000). Desórdenes mentales entre los incas del antiguo Perú. *Revista de Neuro Psiquiatría*, 63(1), 3-18. Recuperado de peru.inka.free.fr/runapacha/desordenes%20mentales.pdf
- Ellis, A. (1993). Changing rational-emotive therapy to rational-emotive behavior therapy. *The Behavior Therapist*, 16, 257-268. Recuperado de www.springerlink.com/index/H070Q77NQ86372J3.pdf
- Ellis, A. (1997). *The practice of rational-emotive behavior therapy*. Nueva York: Springer.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases* 23(7), 455-68. doi.org/10.1016/0021-9681(70)90054-8

- Frances, A. (2010). Abriendo la caja de pandora: las 19 peores sugerencias del DSM-V. *Psychiatric Times*, 11, 1-6. Recuperado de <http://www.sepypna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf>
- Frances, A. (2015). ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 36(1), 74-76. Recuperado de www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2491.pdf
- Fullana, M., Fernández, L., Bulbena, A. & Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, (En prensa). Recuperado de <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44922279>
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2014). Ley de Salud Mental del Distrito Federal. Recuperado de www.salud.gob.mx/unidades/cdi/.../SaludMentalMexico.pdf
- García, G., Martínez, M. Á., Riesco, M., & Pérez, G. (2004). La respuesta de cortisol ante un examen y su relación con otros acontecimientos estresantes y con algunas características de personalidad. *Psicothema*, 16(2), 294-298. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/727/72716219.pdf
- Goldfried M. & Davison G. (2001) *Técnicas terapéuticas conductistas*. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez, R. C., Bohórquez, A., Pinto, M. D., Laverde, J. F., Rondón, M. & Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, 378-386. Recuperado de www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892004001200003&script=sci_arttext
- González, D. A., Rodríguez, A. R., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud mental*, 38(4), 237-244. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2015.033

- González, E., Gutiérrez, C., Stevens, G., Barraza, M., Porras, R. & Carvalho, N. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública*, 49(1), 37-52. Recuperado de www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000700008&script=sci_arttext&tlng
- Hernández-Guzmán, H. M., Palacio, A., Freyre, M. & Alcázar, O. R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631001.pdf>
- Herrera-Guzmán, H. M., Pacheco, M. P., Palomar, J. & Zavala, D. (2010). La adicción a Facebook relacionada con la baja autoestima, la depresión y la falta de habilidades sociales. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 6-18. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/1339/133915936002.pdf
- Holmes, T. H. & Rahe, R. (1967). The social readjustment ratingscale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Encuesta Nacional de los Hogares. Recuperado de www.inegi.org.mx/datos/
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2012). Pacientes con algún trastorno depresivo en el servicio de Pre-consulta 2007-2012 [Informe de servicios]. De www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/transparencia/tema4/anexoI.pdf
- Jackson, S. (2004). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
- Jacobson, E. (1929). *Relajación progresiva*. Chicago: Chicago Press.
- Jiménez, T. M., Martínez, N. P., Miró, M. E. & Sánchez G. A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202. Recuperado de hdl.handle.net/10481/32914

- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M. y Sedivy, S. K. (2008). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) in a Community Sample with Elevated Depressive Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, *31*(1), 36-42. Recuperado de link.springer.com/article/10.1007/s10862-008-9088
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1994). *Mood disorders, synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kawamoto, E. E., Santos, M. C., & Mattos, T. M. (1995). Enfermagem comunitária. In *Enfermagem Comunitária. Cogitare Enfermagem* *16*(3) 492-497. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/4836/483648968014.pdf
- Kemp, A., Rawlings, E. y Green, B. (1991). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, *4*(1), 137-148. doi.org/10.1002/jts.2490040111
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (2010). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Focus*, *8*(3), 459-470. doi.org/10.1176/foc.8.3.foc459
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Rev Psychol. Annuary Review Psychology*, *48*, 191-214. [doi:10.1146/annurev.psych.48.1.191](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.191)
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *15*(1), 119-145. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/3396/339630257005.pdf
- Lara, S. C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: perspectivas en psicología*, *2*(2), 241-257. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/679/67920205.pdf

- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2001). A brief Behavioral Activation Treatment for Depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 164-175. doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80022-5
- León, S. M., Mínguez, J., Cerecedo, M. J., & Téllez, J. (2014). ¿Nos pasamos al DSM-V? Un debate con implicaciones clínicas, sociales y económicas. *Atención Primaria*, 46(1), 4-6. doi.org/10.1016/j.aprim.2013.10.002
- Leung, S. N. M. & Orrell M. W. (1993). A Brief Cognitive Behavioral Therapy Group for the Elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(7), 593-598. doi.org/10.1002/gps.930080711
- Lewinsohn, P.cM. (1975). *The behavioral study and treatment of depression. Progress in behavior modification* (pp. 19-65). New York: Academic Press.
- Lup, K., Trub, L., & Rosenthal, L. (2015). Instagram, exploring associations among instagram use, depressive symptoms, negative social comparison. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18(5), 247-252. Recuperado de www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/cyber.2014.0560
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: WW Norton & Co.
- Martín, H. & Pastor, V. (1989). *Economía de la salud. Teoría social de la salud*. Madrid: McGraw-Hill.
- Martínez, S. G., Gómez, G. P., Gutiérrez, & Alonso, I. Z. (2017). Depresión generalidades y particularidades. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36(2), 13-28. Recuperado de ecimed.sld.cu/inicio?page=infowordpress-6_46

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco J., Villatoro, J. & Zambrano, J. (2005). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Whashington: Organización Panamericana de la Salud.
- Molina, L. (2010). *Depresión: ¿Qué es? Frecuencia y sus causas, síntomas, diagnóstico y tipos de depresión, alivio y tratamiento*. España: Amat.
- Moncrieff, J., & Kirsch, I. (2005). Efficacy of antidepressants in adults. *British Medical Journal*, 331(7509), 155-157. doi.org/10.1136/bmj.331.7509.155
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinaria. *Sapiens: revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado de biblat.unam.mx/es/revista/sapiens/articulo/la-definicion-de-salud
- Muñoz, R. F., Aguilar, G. S. & Guzman, J. (1995). *Group cognitive-behavioral therapy for major depression*. Santa Monica: Rand.
- Mynors, W. L. M., Gath, D.H., Lloyd, T. A. R. y Tomlinson, D. (1995). Randomized controlled trial comparing problem solving treatment with amitripyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 310(6977), 441-445. doi.org/10.1136/bmj.310.6977.441
- Navarro, V. (1998). *Concepto actual de la salud pública*. Ciudad de México: Mc Graw-Hill.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25. doi.org/10.1016/S0896-6273(02)00653-0
- Nezu, A. M., Nezu, A. M. & Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2014). *Terapia de solución de problemas: manual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Nieto, L. M. (2014). La experiencia melancólica: una configuración diferencial entre la depresión mayor y la melancolía. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 5-11. Recuperado de dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5493096
- Okasha, A. (2005). Globalization and mental health: A perspective. *World Psychiatry* (4), 1-5. Recuperado de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414710/
- Oramas, V. (2013). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 7(2), 34-9. Recuperado de roa.ult.edu.cu/bitstream/123456789/1424/1/
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución Statement*. [Documento público OMS]. De www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Signos de los trastornos mentales*. [Documento público OMS]. De www.who.int/features/qa/38/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud (2012). *Public health action for the prevention of suicide. A framework* [Documento público OMS]. De apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Mental health is a human right* [Documento público OMS]. De www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Nota descriptiva para la depresión* [Documento público OMS]. De www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Onceava revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-11*. Washington: OMS.
- Orozco, M. J. N., Terán, B. P., Casarrubias, V. B., García, R. R., & Madero, J. G. S. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Validación en pacientes mexicanos con

- infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf
- Ortiz L. A. & Mata, I. D. (2015). Allen Frances y la pureza del diagnóstico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(125), 165-174. Recuperado de scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100013
- Pallia, R. (2007). El hábito de fumar y la depresión. *Archivos argentinos de pediatría*, 105(1), 3-4. Recuperado de www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2007/v105n1a02.pdf
- Pérez, A. M. (2007). La activación conductual, un nuevo acercamiento al tratamiento de la depresión. *Infocop*, 31, 41-43. Recuperado de www.infocop.es/view_article.asp?id=1157
- Pichot, P. (2000). *Abordaje del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Pinilla, A. M. (2007). Adhesión al tratamiento psicofarmacológico. Consideraciones desde el cuidado de enfermería. *Investigación en Enfermería. Imagen y desarrollo*, 9(1), 37-49. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/1452/145212858004.pdf
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., García, L., Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73. Recuperado de redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf
- Pita-Fernández, S., Vila Alonso, M. T., & Carpena Montero, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cad aten primaria*, 4, 75-78. Recuperado de creandoconciencia.org.ar/enciclopedia/conduccion-racional/riesgo-vial/determinacion-de-factores-de-riesgo.pdf
- Polaino, L. A. (1980). *La depresión*. Barcelona: Martínez Roca.
- Puig, F. J. E., & Encinas, F. J. L. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for major depressive disorder, 15(3), 1388-1399. doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n3.39423

- Radden, J. (2008). *Moody Minds Distempered: Essays on Melancholy and Depression*. New York: Oxford University Press.
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Benjet, C., (2012). Depression, gender, and the treatment gap in México. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), 165-169. doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.040
- Ramírez, N. H., & Díaz, C. A. G. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. Recuperado de revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/10
- Ramos, D. B. (2006). Enfoque conceptual y procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2),164-170. Recuperado de scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000200011&script=sci_arttext&tlng=pt
- Rangel, V. J. (2014). Abordaje *Cognitivo Conductual de Sintomatología Depresiva y Conducta Suicida en Pacientes Psiquiátricos*. Tesis de Maestría UNAM. Recuperado de repositorio.unam.mx/contenidos?c=pegjxw&d=false&q=Psicología_.cognitiva
- Real Academia Española (2018). *Diccionario de la lengua Española* [Diccionario en Línea] De <https://dle.rae.es/?id=CG97oEp>
- Reed, G. M., Anaya, C., & Evans, S. C. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 461-473. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/337/33723713007.pdf
- Riveros, A., Cortázar P., J., Alcázar, F. & Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida. *Journal Clinical Health Psychology*, 5(3), 445-462. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/337/33705302.pdf
- Rokke, P., Tomhave J. y Jovic Z. (2000). Self-Management Therapy and Educational Group

Therapy for Depressed Elders. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 99-119.

Recuperado de link.springer.com/article/10.1023/A:1005407125992

Roth, K., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C. & Wilcox, H. (2011). Depressed mood and antisocial behavior problems as correlates for suicide-related behaviors in Mexico. *Journal of Psychiatric Research* 45(5), 596-602.

doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.009

Sacco, W. P. & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. En E.E. Beckham y W.R. Leber (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 329-351). Nueva York: Guilford.

Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G. I., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, Ó., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2014). Validación de un punto de corte para la versión breve de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adultos mayores mexicanos. *Salud Pública de México*, 56(3), 279-

285. Recuperado de www.scielosp.org/article/spm/2014.v56n3/279-285/

Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología* 9(2), 133-170. Recuperado de revistas.um.es/analesps/article/view/29211

Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S. & Karam, E. G. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 785-795. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36

Seligman, M. E., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of experimental psychology*, 74(1), 1. doi.org/10.1037/h0024514

- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40, 9-20. doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562. doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552
- Tamayo, P. W. A., García, M. F., Quijano, L. N. K., Corrales, P. A. & Estrella, J. A. (2012). Redes sociales en Internet, patrones de sueño y depresión. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(2), 427-436. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/292/29224159005.pdf
- Townsend, E., Hawton, K., Altman, D., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A. & Van Heeringent, K. (2001). The efficacy of problemsolving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression. *Psychological Medicine*, 31(6), 97-988. doi.org/10.1017/S0033291701004238
- Valenti, M., Benabarre, A., Bernardo, M., García, A. M., Amann, B., & Vieta, E. (2007). La terapia electroconvulsiva en el tratamiento de la depresión bipolar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(3), 14-16. Recuperado de dialnet.unirioja.es/servlet/codigo=2749531
- Vargas, V. D. (2018). Evaluación de efectividad de terapias basadas en reestructuración cognitiva para tratar depresión en adultos. *PUJB*, 14(2) 3-9. Recuperado de repository.javeriana.edu.co/handle/10554/39879
- Vázquez, G. F. L. (2002). Solución de problemas aplicada a la depresión. *Psicothema*, 14(3), 516-522. Recuperado de redalyc.org/pdf/727/72714302.pdf
- Vergara, S. C., & Almagiá, E. B. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y salud*, 24(2), 167-173. doi.org/10.25009/pys.v24i2.922

- Villalba, L. (2010). Tratamiento de los trastornos depresivos desde una perspectiva psicodinámica. *Revista psiquiatría Uruguay*, 74(2), 169-178. Recuperado de www.spu.org.uy/revista/dic2010/09_villalba.pdf
- Wagner, F., González, C., Sánchez-García, S., García, C. & Gallo, J., (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-12. Recuperado de www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002
- Wang, P., Aguilar, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R. (2007). Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders. *Lancet*, 370(9590), 841-850. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Wiles, N., Thomas, L., Abel, A., Ridgway, N., Turner, N., Campbell, J., Garland, A., Hollinghurst, S., Jerrom, B., Kessler, D., Kuyken, W., Morrison, J., Turner, K., Williams, C., Peters, T. & Lewis, G. (2013). Cognitive behavioural therapy. *The Lancet*, 381(5), 375-384. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61552-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61552-9)
- Wilson, K., Mottram, P., y Vassilas C. (2008). Treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(1), 3-8. doi.org/10.1002/14651858.CD004853
- Young, K. (2009). Online Social Networking: An Australian Perspective. *International Journal of Emerging Technologies & Society*, 7(1), 39-57. Recuperado de opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/10397