

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN ADULTOS
USUARIOS DE REDES SOCIALES CON DEPRESIÓN UTILIZANDO LA ESCALAS
DE DEPRESIÓN DE ZUNG Y EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

T E S I S

**Q U E P A R A O B T E N E R E L G R A D O D E
L I C E N C I A T U R A E N P S I C O L O G Í A**

P R E S E N T A :

Carlos Bouchan Armas

DIRECTOR DE TESIS: DR. HÉCTOR LARA TAPIA

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

CIUDAD DE MÉXICO

2022



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.

INDICE	Pág
Introducción	1
1. Antecedentes	4
.1.1 Definición de la depresión, fisiopatología, y clasificación de la depresión	6
Modelos cognitivos	15
.1.1.1 Depresión reactiva y trastornos desadaptativos	21
.1.2 Intervención en Crisis y Emergencia Sanitaria	36
.1.2.1 Intervención psicoterapéutica	38
.1.2.2 Telepsicología	48
.1.2.3 Tratamiento farmacológico	53
.1.3 Escalas autoadministrables	57
.1.3.1 Inventario de Depresión de Beck	58
.1.3.2 Escala de Autoadministración de Zung	60
.1.3.3 Limitaciones de las escalas autoadministradas	63
.1.4 Percepción subjetiva de los síntomas	65
Metodología	66
Resultados	78
Discusión	84
Sugerencias	88
Referencias	91

ABSTRACT

Background: Risks of depressive reactions due to lockdown and fear of contagion during the COVID pandemic increased dramatically in recent years.

Objective: Our study aimed to find the efficacy of a cognitive oriented psychological treatment during 2021's lockdown due to the COVID pandemic controlled with two scales: Beck Depression Inventory and Zung Self-Rating Depression Scale.

Methods: A cross-sectional online study was conducted with a non-probabilistic sample of 30 Mexico City residents who completed the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) initially to screen depression. If depression symptoms were found, subjects were invited to participate in the study by taking a psychological intervention which was divided into 2 parts: initial session which focused on psychological first aid and psychoeducation and then an 8-session cognitive oriented intervention followed. Depression was assessed again using both BDI and SDS were administered again.

Results: The mean age of the women was 31.5 years (± 10.68). The mean age of the men was 39.8 (± 12.45). Statistically significant differences were found between the BDI-II pre test and the post test administration ($t=6.4856$, $g.l. = 29$, $p=.00$). The mean BDI-II score at the pre test phase was 35.23 and at the post test phase, it was

15.33. In addition, statistically significant differences were also found between the SDS pre test and post test administration ($t=8.796$), g.l. = 29, $p=.00$). The mean SDS score at the pre test phase was 65.33 and at the post test phase, it was 52.2. The data were analyzed using the SPSS software version 24.

Conclusion: Screening for common mental disorders such as depression should be done, especially during crises such as the COVID pandemic in order to provide the population in general with tools to face uncertainty. Sometimes, a psychological first aid intervention could prove enough. However, in cases where the worries are out of proportion and necessitate intervention by mental health professionals, referral services should be made available. Hence, identifying and addressing the mental health concerns will help provide the optimum self care during the pandemic.

RESUMEN

Antecedente: El aumento actual del riesgo de reacciones depresivas a causa del confinamiento y miedo al contagio durante la pandemia de SARS-CoV-2

Objetivo:

Este estudio tuvo como objetivo encontrar la eficacia de un tratamiento psicológico de orientación cognitiva durante el confinamiento a causa de la pandemia causada por SARS-CoV-2 utilizando dos escalas: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala Autoadministrable de Depresión de Zung.

Método: Se llevó a cabo un estudio transversal en línea con una muestra no aleatoria de 30 residentes de la Ciudad de México, quienes completaron el Inventario de Beck de Depresión (BDI-II) y la Escala Autoadministrable de Depresión de Zung (SDS) en una fase inicial para detectar síntomas de depresión. Al corroborar la existencia de éstos, a los participantes se les pedía participar en el estudio proponiéndoles un tratamiento psicológico de dos partes: una sesión inicial focalizada en primeros auxilios psicológicos y psicoeducación y posteriormente un tratamiento de corte cognitivo de 8 sesiones. Se volvió a evaluar la existencia de síntomas depresivos utilizando tanto el BDI-II y el SDS.

Resultados: La edad promedio de las mujeres fue de 31.5 años (± 10.68). La edad promedio de los hombres fue de 39.8 (± 12.45). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las fases de pre test BDI-II y de post test ($t=6.4856$, g.l. = 29, $p=.00$). La puntuación promedio del BDI-II en la fase pre test fue de 35.23 y en la etapa de post test fue de 15.33. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la administración pre test y post test del SDS ($t=8.796$), g.l. = 29, $p=.00$). La puntuación promedio del SDS en la fase de pre test fue de 65.33 mientras que en la etapa de post test fue de 52.2. Se utilizó el programa SPSS versión 24 para analizar los datos.

INTRODUCCIÓN

A los inicios de la carrera, empecé a tener síntomas de depresión. Acudí al Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” y me tocó una terapeuta muy afectuosa que me contagiaba favorablemente de su entusiasmo pero cuyo efecto flamígero positivo lamentablemente era más placébio y no clínico. Cuando yo le compartía que aún me encontraba en situación de vulnerabilidad – claramente, sintomatología clínica - , ella decía: “pero yo lo veo muy bien”. Recuerdo que ella era partidaria del esquema de trabajo psicodinámico totalmente escéptica de otras áreas - como la psiquiatría - y de herramientas como la psicometría y el psicodiagnóstico, pues para ella todas éstas eran “etiquetas” y “pérdida de tiempo”. Posterior a esa experiencia, visité otros terapeutas – siempre del mismo corte psicoanalítico - con la esperanza de encontrar mayor alivio. A dichos terapeutas yo les preguntaba insistentemente hasta qué punto me “sentiría” mejor (convendría recordar las palabras de Beck: hay una diferencia entre sentirse bien y estar bien) a lo cual, todos me contestaban: “hay que continuar analizando tu problemática”, lo cual hasta ese punto, sumando mi experiencia como paciente, ya se había extendido la “terapia” 15 años sin que yo notara cambio favorable alguno en mi conducta. Aún recuerdo a una psicoanalista a quien le comenté: “Le agradezco su interés en mi caso y los honorarios reducidos, sin embargo, ya llevamos trabajando 8 años y simplemente no veo que yo pueda lograr estabilidad en las áreas que pretendo” y cuya respuesta fue pedirme airadamente que me retirara de su consultorio.

Poco antes de concluir mis estudios de licenciatura, tuve el gusto de tomar clase con el Dr. Lara Tapia, quien frecuentemente me insistía que no necesariamente era

yo el problema y que el seguir trabajando con terapias que carecían de eficacia clínica sólo iba a modificar pero jamás eliminar mi sintomatología: investigué sus sabias palabras y me di cuenta que ellas implicaban que una psicoterapia basada en la evidencia debería estar 1) apoyada por la existencia de dos o más estudios experimentales realizados rigurosamente, 2) contar con un manual descripto con los procedimientos y 3) probada con una muestra plenamente identificada de pacientes (Echeburúa, E. et al, 2010).

En mis experiencias clínicas con otros psicoterapeutas – aún de corte cognitivo conductual, ninguno de ellos evaluaba su intervención por medios psicométricos y frecuentemente la sesión se orientaba en hacer un debate socrático. Si bien esta herramienta es útil, yo percibía subjetivamente poca mejora, lo cual me hizo dudar en numerosas ocasiones si debía continuar con el tratamiento o no. Hay reportes en los que se menciona que pocos psicólogos clínicos evalúan la alianza terapéutica y el progreso, lo cual idealmente se debe realizar al inicio, durante y al final del tratamiento (Canadian Psychological Association, 2018). En algunos otros estudios, los datos resultan aún más contradictorios: opuesto a la lógica, la confianza demostrada por el terapeuta con respecto a su experiencia y habilidades puede tener efectos negativos en la percepción que tiene el paciente con respecto al progreso de su tratamiento (Manne et al., 2012).

Es éticamente fundamental evaluar la eficacia clínica así como de cada uno de los ingredientes de ésta para un mejor diseño de intervenciones, tales como en casos en los que, como sucedió durante la pandemia, numerosas personas, sin haberse contagiado de SARS-CoV-2, se sentían amenazadas, con incertidumbre

con respecto a su futuro laboral y con miedo a contagiarse de la enfermedad pues para mayo de 2021, en México ya habían ocurrido numerosos decesos de personas sin comorbilidades importantes, como la obesidad, diabetes o hipertensión, generándose aún más temor ante la posibilidad de contagio.

Al conocer los elementos que hacen eficaz a un tratamiento, se puede reducir la severidad y la frecuencia de los síntomas así como el disminuir la probabilidad de recaídas y de letalidad cuando las personas sufren de algún trastorno mental.

En este trabajo, me di la tarea de: 1) investigar sobre la depresión y las reacciones depresivas ante la incertidumbre, 2) presentar las diferentes teorías de la etiología de la depresión, 3) conocer dos de los esquemas más populares de intervención en crisis utilizados en México y utilizarla para reducir la letalidad en los pacientes durante los momentos altamente estresantes, 4) diseñar y administrar una forma de intervención basada con una sesión fundamentada en los primeros auxilios psicológicos y 8 sesiones de corte cognitivo – conductual bajo supervisión profesional, 5) monitorear el progreso que va logrando cada uno de los participantes a través de dos instrumentos validados en México – Escala de depresión de Zung, para evaluar la percepción del participante acerca del progreso terapéutico - y el Inventario de Depresión de Beck – para evaluar más objetivamente la sintomatología, 6) comparar los resultados de la escala de auto administración contra la escala administrada por el Terapeuta, 4) medir la eficacia de mi intervención comparando las mediciones iniciales contra las mediciones finales.

1 ANTECEDENTES

La depresión es un trastorno que más pérdidas económicas y sociales genera en el mundo. A pesar de que hay vasta literatura sobre teorías e intervención, aún queda mucho por hacer. Dicho trastorno es el que más años de salud arrebatada a los que la padecen (Berenzon, 2013). La definición de depresión es fundamentalmente de tipo sindromática y se refiere al conjunto de signos y síntomas que se presentan de forma conjunta, los cuales hablan de una patofisiología cuya etiología puede ser atribuida a diferentes causas (Paykel, 2008).

Este trastorno es universal e histórica, sin embargo, sus manifestaciones son diferentes en cada cultura. En todas hay un “hundimiento vital” (Baztán, 2008) en donde en la mayoría de los casos, las personas abiertamente manifiestan su deseo de morir.

En una revisión histórica, Baztán (2008) asegura que la existencia del término proviene del análisis de 3 términos: melancolía, acedia y depresión.

- a) Melancolía: Se asumía que ésta nacía de una alteración del equilibrio humoral (bilis negra, de acuerdo con la idea originaria de Hipócrates). Esta concepción tenía tintes completamente hereditarios y orgánicos. Hipócrates hizo una de las mejores descripciones del cuadro y muy similar a la forma en la que evaluamos síntomas y signos en la depresión actualmente.
- b) Acedia: (del término griego Akédeia que significa sin cuidado) cuyo principal estudioso de la misma fue el monje Juan Casiano (Siglo IV), cuando las autoridades eclesiásticas se encargaban del estudio de las enfermedades.

Casiano decía que era uno de los 8 vicios, dentro de los cuales también destacaban la gula, la lujuria, la avaricia, la ira, la tristeza, la jactancia y la soberbia. Acedia literalmente se entendía como “tedio del corazón” y, al ser un vicio, se entendía como uno de los pecados capitales. La penalización va cambiando al paso del tiempo: durante la Edad Media, se consideró tentación diabólica; en el siglo XI, una mera ociosidad y a partir del siglo XII era sinónimo de pereza y una carencia de fervor espiritual. Sin embargo, en algún momento, llegaron a coexistir dos diagnósticos de acedia: a) la parte melancólica de la tristeza, exenta de culpa pues se atribuía a cuestiones físicas y b) el elemento diabólico, el cual era atacado a través de la confesión, oración y trabajos manuales.

- c) Depresión: Durante el Renacimiento, hubo una revisión de las ideas de filósofos como Rufo de Éfeso, y de Galeno de Pérgamo. De esta forma, Paracelso habló de 4 clases de melancólicos. Fue hasta 1586 con T. Bright (citado por Baztán, 2008) en el que a través de una monografía formal de la depresión, se elimina la parte pecaminosa. A partir de los estudios del filósofo inglés R Burton (citado por Batztán, 2008) que considera los factores psicológicos de la melancolía. El primero en utilizar la palabra depresión es el filósofo Blackmore durante el período de la Ilustración. Posteriormente, otros autores hablan de “depresión mental”, “depresión de espíritu”, “depresión de la mente” y “agotamiento del sistema nervioso”.

Gracias a los cambios radicales en la forma de hacer ciencia, los métodos de Bacon y Newton – inductivo, empírico y observacional – hicieron que autores como Thomas Sydenham (Hortwitz et al, 2016) afirmara que cada enfermedad tenía formas de manifestación particulares y únicas, una propuesta que difería de la concepción hipocrática holística inicial.

Hace 50 años, pocas personas eran diagnosticadas como depresivas. Sin embargo, ahora vemos en los últimos estudios epidemiológicos que estos números se han incrementado dramáticamente. Es acá donde nos cuestionamos si 1) hubo una falla en la identificación de la depresión o 2) el contexto económico – político – social actual ha influido para que exista un mayor número reportado de personas con respuestas depresivas.

Horwitz (2016) afirma que la depresión ha sido estudiada desde los griegos en sus primeros textos médicos. Hipócrates (460–377 BC) describió, junto con su escuela, el cuadro llamado melancolía la cual implicaba aversión a la comida, desánimo, insomnio, irritabilidad e intranquilidad. La parte más interesante de esta concepción de Hipócrates fue que él vio esta condición asociada con otras manifestaciones como la ansiedad (al que se refirió inicialmente como miedo) y alucinaciones. Es por esta razón que la depresión se concebía como una manifestación de delirios sin haber una fiebre que los causara.

Asimismo, Horwitz nos habla de Galeno (131-201 AD) y de su particular concepción de la melancolía, la cual, a pesar de tener manifestaciones muy particulares en lo individual, todas tenían dos factores en común: miedo o desánimo.

Aristóteles (384–322 BCE) y sus seguidores hicieron una distinción entre los estados de tristeza normales y las condiciones patológicas en las que se manifestaba un injustificado desánimo así como una respuesta desproporcionada a las circunstancias, tales como la pérdida de alguien querido, adversidad, decepciones amorosas o el alcanzar ciertas metas deseadas.

Aretaeus de Cappadocia (ca. 150–200 AD) también realizó una diferencia similar dando como ejemplo el diagnóstico del médico del Rey de Seleucus de Siria, Erasistratus (304–250BC) quien, a través de una observación metódica, descubrió que el hijo del rey, Antiochus, no sufría melancolía sino un frustrado enamoramiento por la joven esposa de su padre.

Posterior a la tradición médica griega y romana, nos dice Horwitz, no hubieron nuevas líneas de pensamiento con respecto a la melancolía. No fue hasta el siglo XVIII en la que Robert Burton publica “La Anatomía de la Melancolía” (1621) en donde explica los 3 principales componentes de la depresión: estado de ánimo, cognición y síntomas físicos. Sin embargo, él argumentaba que la existencia de síntomas no son evidencia *per se* para un diagnóstico de depresión como tal: sólo los síntomas sin causa son evidencia de la existencia de un trastorno.

Burton escribió uno de los escritos descriptivos más completos de la depresión, sin embargo, al incluir síntomas de condiciones comórbidas, sus definiciones frecuentemente mostraban falta de claridad, por lo que otros autores se dedicaron a sistematizar sus observaciones gracias a la creación de nuevos métodos como el inductivo, empírico y observacional de Bacon y Newton. Asimismo,

surgieron pensadores como Thomas Sydenham (1624–1689), mencionado anteriormente, quien rompió con el esquema hipocrático de desbalance humoral.

De igual forma, se acuñó una forma de depresión que tendía a ser estuporosa, con ideas y/o conducta suicida, la cual tendía a ser crónica y recurrente, por lo que nació el oficio de “alienista”, término que literalmente significa curandero especializado en este tipo de condición.

Asimismo, surgió una nueva categoría de en donde se recalcaba la importancia de los nervios y órganos por lo que la etiología ahora se colocaba en la fisiología, especialmente en las lesiones cerebrales.

La nueva concepción de la depresión era la “neurastenia” en donde se hacía referencia a problemas con el sistema nervioso sin existencia de manifestaciones psicóticas. Por estas nuevas divisiones, se requirió que sólo los médicos pudieran abordar esta problemática en sus pacientes.

En una revisión histórica de la clasificación de la depresión, Kieholz (1972) resaltó la importancia de una clasificación etiológica de la depresión, situación que permite un mejor abordaje del trastorno y saber en qué momentos es necesario tomar acción multidisciplinaria.

De acuerdo con Calderón (1990) la etiología de la depresión se clasifica de la siguiente forma:

Depresión genética: Generalmente una depresión con síntomas psicóticos

Depresión psicológica; donde se habla de un cuadro con factores precipitantes meramente psicoafectivos

Depresión ecológica: en donde se presenta una depresión simple o reactiva

Cabe mencionar que en la semiología actual, palabras como “neurótico” o “simple” ha caído en desuso y se han incluido dichas variaciones anteriormente consideradas en otros entes sindromáticos.

Se decidió incluir la diferencia entre depresión endógenas y exógenas – dicotomía particularmente importante sobre todo en los 80's, según Kramer (2002), pues a partir de eso se definía tanto la intervención como el pronóstico. Aunque dicha clasificación ha caído en desuso, aún resulta útil para investigar comorbilidades y diagnóstico diferencial cuando la depresión resulta secundaria a una enfermedad física.

1.1 Definición de la Depresión, fisiopatología y clasificación

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), la depresión es un trastorno en el que se encuentra persistentemente tristeza y falta de interés o placer en actividades que previamente resultaban disfrutables. Los efectos de la depresión pueden ser duraderos y recurrentes, de esta forma afectando la funcionalidad de la persona así como su capacidad de vivir satisfactoriamente.

Como menciona Sánchez (2001), la etiología de la depresión es multifactorial, por lo que se deben revisar agentes predisponentes, determinantes, ambientales para poder conocer qué tipo de depresión desarrolle el paciente.

Han habido numerosas teorías con respecto al origen de la depresión, sin embargo, vamos a tomar las que hasta al momento han tenido mayor influencia en la clínica psiquiátrica y psicológica.

Verduijn et al (2015) hablan de diferentes mecanismos patofisiológicos tales como inflamación, eje hipotalámico - pituitario, crecimiento neurotrófico y vitamina D en el trastorno depresivo mayor en sus primeros episodios, sin embargo, cuando éste se vuelve crónico o de múltiples episodios, la evidencia que apoye cada una de estas hipótesis no resulta completamente contundente.

Inflamación: este proceso inflamatorio está relacionado con el decremento de la producción de monoaminas – serotonina, por ejemplo – y en la producción de triptófano catabólico, el cual resulta tóxico para el cerebro. Al hacer una comparación con sujetos del grupo control, se encontró que los sujetos deprimidos mostraban niveles significativamente más altos de citocinas interleucinas proinflamatorias (IL)-6 y fase aguda de proteína C reactiva (CRP) así como de factor de necrosis tumoral alfa, la cual es una citocina crítica que juega un rol fundamental en procesos fisiológicos y patológicos. (Chu, W.M., 2013)

Otra teoría interesante es la hiperactividad del eje hipotalámico – pituitario en la depresión mayor, la cual puede suscitarse por un mal funcionamiento de los receptores glucocorticoides impidiendo la retroalimentación negativa del circuito del eje. En esta hipótesis, se ha visto una reducción del hipocampo y el nivel de cortisol puede estar relacionado con el tiempo y recurrencia de los períodos.

Por otro lado, se ha visto que un indicador de crecimiento neurotrófico (BDNF) reducido es un tercer mecanismo dentro del trastorno depresivo mayor. El Factor de Crecimiento Neurotrófico se refiere al rol protector en el desarrollo y supervivencia de neuronas simpáticas, sensoriales y colinérgicas del prosencéfalo (el cual incluye el telencéfalo). Este factor promueve la recuperación de células

neuronales después de una isquemia, cirugía o lesiones químicas – estudios in vitro e in vivo. Aloe, L (2015)

Por último, también se ha investigado sobre el rol de la vitamina D y su relación con la depresión. Al parecer, la vitamina D funciona como un neuroprotector al reducir los niveles tóxicos de calcio en el cerebro, sin embargo, aún no se descubre el rol de ésta en el curso natural de la enfermedad.

Otros autores, tales como Saveanu y Nemerof (2015) hablan de un modelo de interacción genética – ambiente en donde entran en juego los 3 sistemas principales de monoaminas: serotonina, norepinefrina y dopamina. A pesar de los hallazgos, no podemos atribuir a un solo neurotransmisor los síntomas de la depresión. Se ha visto, a través de imágenes cerebrales generadas por resonancia magnética, que algunas regiones se han reducido notablemente como el núcleo caudal e hipocámpico así como el agrandamiento de la pituitaria.

Es importante señalar que se ha descubierto que muchos pacientes deprimidos hipersecretan cortisol, el cual es proveniente del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA, por sus siglas en inglés).

Alteraciones en los sistemas serotoninérgicos

En estudios postmortem, se ha visto que hay una menor actividad serotoninérgica en pacientes deprimidos: disminución del transportador serotoninérgico (SERT, por sus siglas en inglés), en el cerebro medio y en la amígdala.(Cruzblanca et al, 2016)

Alteraciones en los sistemas noradrenérgicos

Los inhibidores de la recaptura de norepinefrina tales como la nortriptilina y la reboxetina han mostrado ser buenos antidepresivos. El estrés precipita la depresión en pacientes vulnerables ya que se incrementa la actividad norepinefrínica.

Aún es motivo de controversia si hay alguna diferencia estadísticamente significativa entre estos antidepresivos y los que sólo actúan sobre las neuronas serotoninérgicas.

Alteraciones en los sistemas dopaminérgicos

La dopamina es un neurotransmisor encargado de mediar la habilidad para experimentar placer, por lo que, en la anhedonia, síntoma típico de la depresión nos puede hablar de problemas en sus vías. A través de otros cuadros clínicos – como la enfermedad de Parkinson así como a través de imágenes cerebrales y estudios postmortem han revelado una neurotransmisión dopaminérgica disminuida.

Factores ambientales posibles generadores de depresión.

Numerosos estudios revelan que la aparición de trastornos del afecto se relaciona estrechamente con eventos estresantes experimentados durante la niñez, por lo que no sólo se generan síntomas depresivos sino también se incrementa la probabilidad de sufrir trastorno por estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastornos afectivo bipolar y esquizofrenia. (Herrera et al, 2020)

Se ha visto que muchas personas que han vivido eventos traumáticos en la infancia tienen menos probabilidad de remisión de síntomas depresivos, episodios

más largos, aparición temprana de síntomas y tendencia a la cronicidad. Sin embargo, hay otros estudios en los que los pacientes no han mostrado dicha vulnerabilidad, en los que se hipotetiza que: a) hubo una percepción positiva del cuidado parental, b) características de personalidad que hacen a la persona resiliente y c) calidad de las relaciones interpersonales. (Hirschfeld, 1981)

Precisamente, el cuadro llamado depresión reactiva surge a partir del surgimiento de síntomas depresivos después de la exposición de estresores (Hirschfeld, 1981). Coryell et al (1994) realizaron un estudio para determinar el patrón de aparición de este cuadro realizando un estudio de seguimiento que duró 10 años. Se encontró que miembros de la familia de los sujetos mostraban antecedentes de neuroticismo, episodios más frecuentes y severos de depresión mayor que el grupo control, el cual no mostraba depresión reactiva ante factores situacionales.

En la nueva clasificación del CIE 10, la depresión reactiva se incluye en las categorías F32 y F33 junto con episodios psicogénicos endógenos y aquellos estacionales recurrentes.

Sin embargo, Hirschfeld et al (1985) compararon pacientes con episodio depresivo mayor con aquellos que mostraban depresión reactiva; éstos últimos tendían a ser más jóvenes, tenían menos episodios previos de depresión y algunos pocos habían sido hospitalizados. No se encontraron diferencias en la categoría de eventos a los cuales ambos reaccionaban, ni al soporte social con el que contaban.

Clasificación de la depresión

De acuerdo con Sánchez (2001), para poder hacer un correcto diagnóstico nosológico, se requiere obtener datos tales como:

- a) Factores hereditarios del paciente
- b) Conocer la estructura de su personalidad premórbida
- c) Historia de vida
- d) Síntomas al momento de consulta y/o evaluación
- e) Situación económica, laboral y familiar

El uso de depresión neurótica, común en nomenclaturas anteriores, ha caído en desuso en las nuevas clasificaciones básicamente por dos razones: el DSM se ha apartado de la terminología psicoanalítica ya que sus constructos carecían de consistencia para todos los investigadores y, por otro lado, evitar el énfasis inicialmente puesto en elementos de personalidad y caracterológicos (Paykel, 2008).

Tabla 1

Clasificación de los episodios y severidad de los síntomas depresivos en el DSM 5

Gravedad	Episodio único	Episodio recurrente
Leve	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moderado	296, 22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
Grave	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)

Con características psicóticas	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
En remisión parcial	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
En remisión total	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)

Trastorno depresivo persistente (distimia): 300.4 (F34.1)

Trastorno disfórico premenstrual: 625.4 (N94.3)

Trastorno depresivo inducido por sustancia / medicamento

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

Otro trastorno depresivo especificado: 311 (F32.8)

De acuerdo con la Guía de Referencia Rápida del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2015) se puede utilizar las siguientes siglas mnemotécnicas para una fácil identificación de los criterios sintomáticos de la depresión. La palabra es PSICACES, en donde:

P se refiere a psicomotricidad, ya sea disminuida o aumentada;

S se refiere a sueño alterado, en donde puede haber hipersomnias o insomnio

I se refiere a interés reducido, específicamente anhedonia

C se refiere a concentración disminuida

A se refiere a modificaciones en el apetito y en el peso corporal, ya sea aumento o disminución sin que haya una intención o acciones de modificarlo.

C se refiere a sentimientos de culpa y autorreproche.

E se refiere a energía disminuida y fatiga.

S se refiere pensamientos de muerte y posible conducta suicida o parasuicida

Criterios diagnósticos de la CIE10 (OMS)

CRITERIO A DURACIÓN DE LA TRISTEZA: al menos dos semanas. No atribuible a uso de sustancias o trastorno mental orgánico

CRITERIO B PRESENCIA DE POR LO MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: episodio depresivo dura por lo menos 2 semanas, humor depresivo evidentemente anormal durante la mayor parte del día y casi todos los días sin que las circunstancias externas tengan la posibilidad de cambiarlo; marcada pérdida de los intereses, falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

CRITERIO C PRESENCIA POR LO MENOS UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: pérdida de confianza de sí mismo con sentimientos de inferioridad, autorreproches desproporcionados y culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte y conducta suicida, disminución de la capacidad de concentración e incapacidad para tomar decisiones, actividad psicomotora enlentecida o agitada, alteraciones del sueño, aumento o disminución del apetito.

CRITERIO D SÍNDROME SOMÁTICO: Puede existir o no, con elementos melancólicos o endogenomorfos, pérdida del interés, ausencia de reacciones emocionales ante eventos que antes generaban respuesta, despertarse dos o más horas antes de la hora habitual, empeoramiento matutino del humor

depresivo, agitación o enlentecimiento motor, pérdida del apetito, pérdida del peso (5% por lo menos) en el último mes, disminución del interés sexual.

Evaluar la severidad de los síntomas no sólo es fundamental para evaluar el nivel de discapacidad y malestar que puede sufrir la persona así como el posible riesgo de lesiones hacia uno mismo o hacia los demás sino también para decidir en qué momentos resulta apropiada la farmacoterapia. Algunos autores como Navas y Vargas (2015) afirman que la severidad de los síntomas en el trastorno depresivo mayor puede pronosticarse la evolución.

Asimismo, CIE 10 establece los criterios de Gravedad del Trastorno Depresivo

- Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B. La persona puede mantener funciones cotidianas.
- Moderado: 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. Probablemente la persona tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas
- Grave: 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Posible presencia de ansiedad. A menudo se presentan pensamientos y acciones suicidas. Presencia de síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

Cabe mencionar que la evaluación de los síntomas residuales en los pacientes es fundamental pues éstos pueden ser predictores de recaída. Flores et

al (2015) evaluaron la eficacia clínica de intervenciones psicoterapéuticas de esquemas tales como terapia cognitivo conductual, terapia de bienestar, terapia cognitiva basada en la atención plena y terapia eutímica. Se vio que gracias a estas intervenciones, tanto los síntomas residuales como las recaídas disminuían significativamente. Los autores recomiendan una evaluación exhaustiva de éstos ya que pueden originarse como efectos adversos a la farmacoterapia, comorbilidad o antecedentes adversos de la infancia. Estos pueden manifestarse a través de la persistencia de síntomas como ánimo bajo, disminución del rendimiento laboral, ansiedad, disfunción sexual, apatía, anergia, sentimientos de culpa, trastornos del sueño, fatiga, reducción de la motivación e irritabilidad. Asimismo, pueden haber síntomas somáticos como dolor de espalda, muscular, abdominal y articular. La naturaleza de estas manifestaciones sintomáticas puede afectar enormemente la funcionalidad del paciente. Los autores aseveran que algunos instrumentos son sensibles a éstos: Hamilton-D-17 con un puntaje menor o igual a 8, Inventario de Depresión de Beck (BDI) menor o igual a 9.

Modelos Cognitivos

Beck empezó a cuestionar la teoría psicoanalítica de la depresión, al observar casos que parecían contradecir todo el sistema explicativo de la época. Fue así como llegó a su formulación inicial, la cual se explicaba a través de conceptos tales como pensamientos automáticos, esquemas y distorsiones cognitivas (Beck, 1979).

Los pensamientos automáticos surgen espontáneamente de la persona y son evaluaciones de la realidad en algún momento determinado. Este contenido genera

en la persona respuestas emocionales y conductuales y, dada la naturaleza automática de la respuesta, raramente se cuestiona su veracidad. Sin embargo, cuando dichas evaluaciones tienden a ser negativas y abrumadoras, pueden empezar a ser el inicio de una respuesta depresiva.

Beck propone que los pensamientos automáticos provienen de los esquemas, los cuales son conceptualizaciones que actúan como patrones de interpretación de la realidad. Existen esquemas desadaptativos que generan una serie de juicios falaces llamados distorsiones cognitivas, las cuales pueden ser pensamiento dicotómico (en términos absolutistas), personalización (interpretación ligada con uno mismo, generalmente de forma negativa), sobregeneralización (es común utilizar todos / nadie en este tipo de juicios), catastrofización (intolerancia a la incertidumbre).(Beck, 1979)

Otro concepto importante dentro de la formulación es la tríada cognitiva, la cual implica un patrón de juicio que la persona tiene sobre sí mismo, sobre los demás y sobre el futuro. Típicamente en la depresión, existe una polarización del juicio hacia aspectos negativos por lo que surge uno de los síntomas cardinales de la depresión: la desesperanza.

Para empezar, se listarán los modelos más recientes (Beck, 2002)

- Modelo transversal: Se asevera que la negatividad sistemática en el proceso cognitivo es un elemento cardinal de la depresión
- Modelo estructural: Al activarse ciertos esquemas de interpretación negativa durante la depresión, se alteran los procesos cognitivos

- Modelo de la vulnerabilidad a los estresores: Ciertos patrones de esquemas vuelven a una persona mucho más sensible a los estresores.
- Modelo de la interacción recíproca: contempla que el tipo de interacción con figuras clave puede generar predisposición, precipitación, agravamiento, prolongación y recurrencia de la depresión
- Modelo psicobiológico: intenta relacionar variables genéticas y neuroquímicas.
- Modelo evolutivo: su perspectiva de la depresión es atávico, es decir, es una repetición de patrones.

Estos modelos se pueden clasificar en:

- Descriptivos: establece que variables afectivas, cognitivas y conductuales se correlacionan hasta crear un síndrome o trastorno
- Explicativos: pretende encontrar patrones sintomáticos de la depresión
- Causales: describe los factores distales y proximales en la etiología del trastorno

Beck (2008) expandió su modelo cognitivo de la depresión hasta el punto de incluir variables biológicas – genéticas, en las que se genera la necesidad de una investigación integral.

Curso natural de la depresión

De acuerdo con Mori et al. (2010), la mayoría de los episodios depresivos remiten completamente, ya sea de forma espontánea – en casos cuyos síntomas

sean leves – o a través de la farmacoterapia. Sin embargo, el trastorno en sí mismo tiende a tornarse recurrente. Los episodios en promedio duran entre meses hasta un año. Algunos estudios indican (Eaton et al, 2008), después de un seguimiento por espacio de 23 años, la duración promedio del episodio depresivo es 12 semanas. A pesar de estas remisiones, el trastorno no desaparece y cada recaída puede llevar a episodios más largos con síntomas más severos. Este mismo estudio asevera que las mujeres tienden a tener mayor recaída en episodios depresivos que los hombres.

Pronóstico de la Depresión

El pronóstico de la depresión está íntimamente relacionada con variables como funcionalidad, salud y la percepción de la salud propia. Cuando no se atiende, la depresión incrementa la posibilidad de presentar enfermedades tales como ictus, enfermedad coronaria y diabetes.

La depresión tiene hasta una prevalencia de vida de aproximadamente 17% y ésta tiende a ser mayor en mujeres que en varones. (Mori et al, 2010)

1.1.1 Depresión reactiva y trastornos adaptativos

Al enfrentar situaciones adversas, tediosas o desagradables para las personas, se puede generar estrés; la intensidad y frecuencia con la que éste se vive depende de factores genéticos, de crianza, de aprendizaje, de ambiente y educación.

El estrés es considerado como la respuesta a un estado alterado que está viviendo una persona a causa de factores medio ambientales: psicológicos,

sociales, culturales y/o físicos. La exposición prolongada al estrés puede deteriorar la calidad de vida de las personas. (Álvarez, 2011).

Cuando se está viviendo una emoción extrema, pueden haber alteraciones de las funciones ejecutivas, tales como la atención, planeación y, por tanto, la toma de decisiones (Harlé et al., 2013) generándose así alteraciones en la funcionalidad de las personas en ambientes laborales, escolares y personales.

Bajo ciertas circunstancias, estos estresores tienen la capacidad de generar diferentes trastornos, como la depresión reactiva.

Depresión reactiva

En la literatura psiquiátrica alemana, hay dos autores a los que se les atribuye la creación de depresión reactiva. Uno de ellos es Kurt Schneider (1920) , quien introdujo el modelo binario de depresión melancólica y reactiva. Otro autor a quien se le atribuye el término fue Gillespie (1930) ya que pretendía diferencia entre la depresión exógena de la endógena, atribuyendo a ésta primera una característica peculiar: la reactividad de los pacientes ante los estímulos psicosociales del ambiente, situación diferente a la depresión endógena.

Alonso-Fernández (1988) asevera que este tipo de depresión tiene las siguientes características:

- Se produce a partir de un evento en particular
- La diferencia entre la depresión situacional y la reactiva radica en la presencia del estímulo / contexto en el que se dio la situación y la persistencia

de los síntomas: si desaparece el estímulo, la depresión desaparece (situacional). Si persiste, hablamos de una depresión reactiva.

Asimismo, existen 4 situaciones por las que una persona puede experimentar síntomas depresivos reactivos:

- Pérdida personal
- Sobrecarga emocional
- Aislamiento e inactividad
- Desarraigo y crisis que interfieran con los hábitos

Síntomas depresivos

La depresión tiene síntomas comunes en su espectro:

- Trastorno afectivo: tristeza, insatisfacción, culpabilidad, pesimismo
- Trastorno intelectual: disminución de la eficacia en sus labores diarias y concentración
- Trastorno conductual: descuido del aspecto personal, retardo o agitación psicomotora
- Trastorno somático: dolores, alteraciones en la menstruación, pérdida de energía, inhibición de la sexualidad, pérdida / aumento del apetito y por consecuencias pérdida / aumento de peso
- Otros trastornos como de ansiedad e ideación / conducta suicida

De acuerdo con las Guía de Referencia Rápida, en la sección de Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto del (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2015), el algoritmo de atención de la depresión consiste en los

siguientes puntos en población de 18 a 59 años de edad en el tercer nivel de atención por profesional no médico:

Algoritmo de atención de la depresión de acuerdo con severidad de los síntomas

Síntomas leves: Se evalúa comorbilidad médica

Se revisan antecedentes de episodios previos y depresivos familiares

En caso de antecedentes en ambos rubros: Se inicia psicoterapia y farmacoterapia con especialista

En caso de no haber antecedentes en ambos rubros: se provee psicoeducación y psicoterapia

Se evalúa la remisión de síntomas: si existiese, se da un seguimiento al alta. De lo contrario, se revalora el caso

Síntomas Moderados:

Inicio con psicoterapia y farmacoterapia con especialista

Si existe respuesta favorable, se valora al paciente cada 4 semanas por psiquiatra.

En caso de no existir respuesta favorable, evaluar la tolerancia del paciente al tratamiento y sugerir al psiquiatra revaloración del fármaco.

Síntomas Severos:

Referencia del paciente a 2º o 3er grado de atención clínica.

Mizushima et al. (2013) retomaron los conceptos de Schneider y realizaron una investigación con respecto a cómo los psiquiatras japoneses realizaban un diagnóstico diferencial entre la depresión melancólica y la depresiva a través de una encuesta llevada a cabo entre 2010 y 2011 en psiquiatras que laboraban en ambientes clínicos tales como hospitales psiquiátricos, hospitales generales, hospitales universitarios y clínicas comunitarias en donde se les presentaban 3 casos que cumplían todas las características de depresión mayor de acuerdo con el DSM-IV-TR así como la evaluación de los síntomas a través de la segunda edición de la Escala Newcastle.

Las situaciones de emergencia en algunas personas generan síntomas depresivos, los cuales son clasificados dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés sin que esto necesariamente implique per se una depresión clínica correspondiente a su fisiopatología típica.

Dentro del capítulo de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, existen varios cuadros nosológicos:

- Trastorno de apego reactivo
- Trastorno de relación social

Desinhibida

- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno de estrés agudo
- Trastorno de adaptación

Los trastornos adaptativos son respuestas consideradas desadaptativas a factores psicosociales que ocurren poco después desde que se presenta el factor de estrés.

Los criterios para su diagnóstico son, de acuerdo con el DSM 5:

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o conductuales como respuesta a factores estresantes generados a los 3 meses siguientes posterior a la primera aparición de los factores.
- B. Sus síntomas o conductas son clínicamente significativos, considerando los siguientes criterios:
 - a. Malestar intenso no proporcional a la gravedad o intensidad del factor estresante, siempre tomando en cuenta los factores culturales que pudiesen influir en la gravedad y presentación de síntomas
 - b. Deterioro en ámbitos laborales, sociales u otras áreas de funcionamiento
 - c. Esta alteración no puede ser explicada a través de los criterios de otro trastorno mental y no es una exacerbación de un trastorno mental preexistente
 - d. Los síntomas no son parte de un duelo normal
 - e. Al desaparecer los factores estresantes, los síntomas no se manifiestan por más de 6 meses.

En México ha habido diversos esfuerzos para evaluar el impacto de la pandemia COVID-19. Cortés-Álvarez, N. et al (2020) evaluó los niveles de distrés, ansiedad, depresión y estrés durante la pandemia de COVID-19 utilizando la Escala

Revisada de Impacto de Eventos así como la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés a través de una muestra accidental por cuota a través de redes sociales. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 15.7% reportó síntomas depresivos de moderados a severos; 22.6% reportó síntomas ansiosos de moderados a severos. Los factores asociados con mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión fueron: sexo femenino, edad adulta, estado civil divorciado, falta de confianza en la fiabilidad del test de COVID-19, antecedentes de contacto directo o indirecto con la enfermedad y pasar más de 9 horas en casa.

Otro estudio se llevó a cabo (González Ramírez LP, 2020) en donde se volvió a evaluar el impacto psicológico de la pandemia a través de la Escala Revisada de Impacto de Eventos (IES-R) en una muestra de 4183 sujetos vía redes sociales.

Depresión reactiva

De acuerdo con Gajewski (2003), la depresión reactiva se diferencia de la depresión mayor psiquiátrica en que aquella presenta episodios cortos, intermitentes de ánimo bajo. La depresión mayor generalmente presenta episodios más largos, frecuentemente asociados con balanceos neuroquímicos internos mientras que la etiología de la depresión reactiva está más asociada a factores externos. Los síntomas cardinales de la depresión reactiva son: incapacidad para concentrarse, baja en el apetito, sueño no reparatorio, desesperanza, miedo, fatiga, tristeza, llanto sin razón aparente y una baja autoestima. Es muy común que estos pacientes enmascaren los síntomas a través de una actitud positiva, lo cual sólo puede generar una depresión “enmascarada” es decir, sus manifestaciones son primordialmente somáticas más que afectivas. Se ha visto en diversas

investigaciones que este cuadro está correlacionado con la incapacidad de mantener esfuerzos consistentemente para lograr una tarea, incapacidad para ser autosuficiente económicamente, así como aislamiento social. Este cuadro está correlacionado con impacto fisiológico a través de la atonía de la inervación cardíaca así como con dolor crónico y cuidados en casa especializados en pacientes geriátricos.

Glass (1985) escribió una crítica sobre esta clasificación y sugirió tener cuidado con el diagnóstico, pues algunos pacientes no tenían antecedentes de depresión y, después del efecto de factores estresores, podían manifestar síntomas depresivos, por lo que sugirió trazar el diagnóstico de trastorno adaptativo, el cual debería ser transitorio y diferente en fisiopatología al trastorno reactivo y a la depresión mayor. Asimismo, un solo factor – por ejemplo, los estresores – no deberían ser suficientes para trazar un diagnóstico nosológico.

Winokur (1985) propuso que para poder diagnosticar depresión neurótica – reactiva, deberían considerarse antecedentes de alcoholismo en la familia así como elementos personales tales como trastornos de personalidad que tiendan a reaccionar con aprehensión, tristeza o manifestaciones somáticas ante el estrés. Este mismo autor acepta que la clasificación no ha sido consistente en implicaciones clínicas tanto en la psiquiatría norteamericana como en la europea. En su revisión sistemática de historias clínicas de 1450 mujeres admitidas al hospital de la Universidad de Iowa entre 1930 y 1975, encontró nuevas formas de clasificar la depresión: a) depresión puramente familiar, en la que en la familia hay antecedentes de depresión unipolar, b) depresión esporádica, en la que no hay antecedentes de

depresión, alcoholismo o trastornos antisociales de la personalidad en la familia, y c) depresión de espéctrum, la cual se manifiesta en la persona que proviene de una familia con antecedentes alcohólicos – más frecuentemente - y/o trastorno antisocial de la personalidad – menos frecuentemente. El autor argumenta que ésta última clasificación tiene varios puntos en común con la depresión reactiva pues en ambas el individuo tiene una historia de vida conflictiva (por ejemplo, problemas interpersonales y sociales), irritabilidad crónica.

Según Winokur (1985), los criterios diagnósticos para una depresión reactiva son:

1. Cumple el criterio de Feighner (1972) con respecto a depresión unipolar.
2. Estilo de vida conflictivo
 - a. Divorcio o separación (duración – una semana o más tiempo)
 - b. Haber perdido el trabajo en una o más ocasiones
 - c. Haber abandonado el empleo sin haber previsto encontrar otro previamente
 - d. Conflictos múltiples con compañeros de trabajo, amigos, familiares o familia política
 - e. Historial de problemas sexuales
3. El paciente le atribuye los problemas a factores externos
4. Deben presentarse por lo menos 3 de los siguientes síntomas
 - a. Dificultad para poder conciliar el sueño (insomnio inicial)
 - b. Atribuye el problema a los demás (autocompasión)
 - c. Síntomas somáticos

- d. Conducta demandante
- e. Hostilidad
- f. Depresión reactiva a circunstancias

5. Trastornos de personalidad

- a. Si se le preguntase a un familiar o alguna persona cercana a la persona, ésta creería:
 - i. Que el paciente tiene una irritabilidad crónica
 - ii. Continuamente evita la responsabilidad
 - iii. Tiene dificultades para relacionarse con los demás
 - iv. Continuamente se queja de problemas somáticos
 - v. Se perturba emocionalmente de forma fácil
 - vi. Tiene problemas de personalidad
- b. Puntúa de forma positiva en algún test de trastornos de personalidad

6. Síntomas misceláneos (por lo menos dos o más de los siguientes elementos)

- a. Historia familiar de alcoholismo
- b. Menos de 2 hospitalizaciones por depresión
- c. Aparición de la depresión antes de los 40
- d. Escasa respuesta a tratamientos previos
- e. Intentos parasuicidas (dos o más)
- f. Que no cumpla más de 4 de los siguientes elementos: pérdida de interés en actividades usuales, enlentecimiento, alucinaciones, ideas delirantes, autoacusaciones, variación diurna, despertar más temprano que la hora acostumbrada y pérdida de concentración.

Depresión reactiva y relación con las clasificaciones actuales

Hay autores como Casey & Bailey (2011) que refieren que esta clasificación de depresión reactiva, no endógena, situacional implican un acercamiento al trastorno en la adaptación, sin embargo, dado el sustento teórico de estas clasificaciones anteriores, no se pueden tomar dichos términos como equivalentes entre sí. Asimismo, estas autoras retoman otras investigaciones realizadas en donde hay una dificultad para trazar este diagnóstico en personal de salud de primer nivel, por lo que frecuentemente se toma dicho cuadro como una mera depresión sin que se permita cierto tiempo de ajuste natural e interviniendo sobre todo farmacológicamente en casos donde realmente era innecesario.

La depresión reactiva comparte algunas características con el trastorno adaptativo (el cual anteriormente fue llamado interrupción situación transitoria): a) los síntomas aparecen ante eventos estresores; b) los síntomas aparecen dentro de un mes (DSM V) o dentro de un mes (CIE 10) posterior a la exposición de el (los) estresor(es); c) los síntomas son clínicamente significativos limitando el funcionamiento social y / o ocupacional; d) los síntomas no se deben por algún otro trastorno; e) los síntomas desaparecen 6 meses después de que el factor estresante haya cesado.

Casey & Bailey aseguran que este término es polémico pues algunos expertos consideran que es la medicalización y patologización de un problema que cualquier ser humano pudiera en algún momento enfrentar, por lo que las autoras aconsejan un acucioso juicio clínico para trazar el diagnóstico considerando variables tales como cultura, contexto y circunstancias personales, a diferencia de

los trastornos agrupados junto con él: el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo.

Asimismo, esta categoría se encuentra subdiagnosticada, sobre todo en ámbitos clínicos de primer nivel. La mayoría de los especialistas diagnostican cuadro de depresión mayor cuando se los síntomas bien podrían hablar del trastorno adaptativo.

Es importante también hacer una diferencia entre este cuadro y el trastorno por estrés postraumático en el que hay una percepción general para cualquier persona de que la vida ha estado en peligro, mientras que en el trastorno desadaptativo los eventos son potencialmente estresantes: quedarse sin empleo, imágenes angustiosas en la televisión, perder a la pareja.

Diagnóstico diferencial con otros trastornos del DSM 5

No sólo en los trastornos depresivos y adaptativos hay síntomas de depresión. También los pueden haber en otros cuadros y es importante saber cómo trazar su diagnóstico para poder decidir cuál es la mejor intervención psicoterapéutica.

Trastorno de apego reactivo: aplica sólo para niños desde los 9 meses de desarrollo y sus síntomas son evidentes hasta antes de los 5 años.

Trastorno de relación social desinhibida: aplica sólo para niños desde los 9 meses de desarrollo

Trastorno de estrés postraumático: hay una exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, síntomas de intrusión asociados a el (los) suceso(s) traumático(s): recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos; sueños angustiosos; reacciones disociativas donde la persona actúa o siente como si estuviera viviendo el suceso traumático nuevamente, malestar psicológico significativo asociados al suceso traumático; evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático; alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso traumático, creencias exageradas sobre uno mismo, los demás y e mundo, culpabilidad por el suceso traumático, disminución del interés en actividades significativas, sentimiento de desapego, incapacidad para experimentar emociones positivas), estado de alerta constante. Estas alteraciones tienen más de un mes de duración.

Trastorno por estrés agudo: hay una exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, síntomas de intrusión asociados a el (los) suceso(s) traumático(s): recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos; sueños angustiosos; reacciones disociativas donde la persona actúa o siente como si estuviera viviendo el suceso traumático nuevamente, malestar psicológico significativo asociados al suceso traumático; evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático; alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso traumático, creencias exageradas sobre uno mismo, los demás y e mundo, culpabilidad por el suceso traumático, disminución del interés en actividades significativas, sentimiento de desapego, incapacidad para experimentar emociones positivas), estado de alerta

constante. Estas alteraciones generalmente se presentan inmediatamente después de haber experimentado el evento traumático y tienen una duración de entre 3 días y un mes.

Dentro del capítulo de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, existen varios cuadros nosológicos:

Trastorno de apego reactivo	313.89	F94.1
Trastorno de relación social		
Desinhibida	313.89	F94.2
Trastorno de estrés postraumático	309.81	F43.10
Trastorno de estrés agudo	308.3	F43.0
Trastorno de adaptación		
Otro trastorno relacionado con		
Traumas y factores de estrés		
Especificado	309.89	F43.8

Los trastornos adaptativos son respuestas consideradas desadaptativas a factores psicosociales que ocurren poco después desde que se presenta el factor de estrés.

Los criterios para su diagnóstico son, de acuerdo con el DSM 5:

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o conductuales como respuesta a factores estresantes generados a los 3 meses siguientes posterior a la primera aparición de los factores.
- B. Sus síntomas o conductas son clínicamente significativos, considerando los siguientes criterios:
 - a. Malestar intenso no proporcional a la gravedad o intensidad del factor estresante, siempre tomando en cuenta los factores culturales que pudiesen influir en la gravedad y presentación de síntomas
 - b. Deterioro en ámbitos laborales, sociales u otras áreas de funcionamiento
 - c. Esta alteración no puede ser explicada a través de los criterios de otro trastorno mental y no es una exacerbación de un trastorno mental preexistente
 - d. Los síntomas no son parte de un duelo normal
 - e. Al desaparecer los factores estresantes, los síntomas no se manifiestan por más de 6 meses.

Modelo Cognitivo de la depresión

Es interesante ver cómo ante algunos eventos algunas personas tienen reacciones depresivas intensas mientras que otros se adaptan con mayor facilidad al medio. Atendiendo los aspectos psicológicos en la etiología de la depresión, tenemos varios modelos que intentan explicar la etiología de la depresión a partir de factores psicoafectivos. Los más importante son: el modelo de Desesperanza Aprendida, el Socioambiental, el de Autorreforzamiento y el Cognitivo. A continuación, explicaré

en lo que consiste el modelo Cognitivo, sobre el cual se realizó la intervención en este estudio.

1.2 Intervención en Crisis y Emergencia Sanitaria

En el año 2019, el mundo fue testigo del nacimiento una nueva enfermedad, la cual pertenece a la familia de los “coronavirus”, nombrada ahora como COVID-19, la cual se ha esparcido por todo el mundo, México incluido en donde ha generado grandes estragos económicos y pérdidas humanas (88,924 muertes en 2020).

El mundo está siendo testigo de una emergencia sanitaria. Por emergencia, entendemos “una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata”

Dada la emergencia sanitaria que estamos viviendo, es muy común que miembros de nuestra comunidad entren en crisis, como la define Slaikeu (1995): estado temporal donde la persona va a sufrir un trastorno y desorganización en donde el individuo se ve incapaz de manejar ciertas situaciones y que exceden su capacidad de habitual resolución de problemas. Las crisis generalmente son a) de aparición repentina, b) no se estaba preparado para ella, c) generan urgencia, d) pueden tener impacto sobre comunidades enteras y e) generan – paradójicamente – peligro y oportunidad.

Slaikeu también menciona que la resolución en crisis puede conducir a resultados completamente opuestos: positivos (donde la crisis genere crecimiento en la persona) o negativos (donde se generen aún más problemas a mediano y largo plazo). Los factores que determinan el pronóstico son:

- a) La gravedad del suceso detonador

- b) Los recursos personales inherentes o desarrollados por la persona
- c) Red de apoyo y el tipo de ayuda que ésta proporciona para resolver el problema

Un elemento fundamental para conocer la proclividad de las personas a entrar en crisis son sus estilos de afrontamiento, las cuales describen el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza, los pasos activos para tratar de cambiar las situaciones o aminorar sus efectos así como la regulación emocional para hacerle frente a la adversidad.

Ha habido pocos estudios longitudinales sobre los efectos de la intervención en crisis. En 1988, un crucero llamado Júpiter se hundió frente a las costas de Atenas al colisionar con un buque de carga italiano. A los sobrevivientes se les proporcionó intervención en crisis y se les hizo un seguimiento por 18 meses. Se vio una incidencia menor de sintomatología por estrés postraumático aun en personas con antecedentes de trastornos mentales. (Joseph, et al, 1993)

En México ha habido diversos esfuerzos para evaluar el impacto de la pandemia COVID-19. Cortés et al. (2020) evaluó los niveles de distrés, ansiedad, depresión y estrés durante la pandemia de COVID-19 utilizando la Escala Revisada de Impacto de Eventos así como la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés a través de una muestra accidental por cuota a través de redes sociales. Se obtuvieron los siguientes resultados: el 15.7% reportó síntomas depresivos de moderados a severos; 22.6% reportó síntomas ansiosos de moderados a severos. Los factores asociados con mayores niveles de distrés, ansiedad y depresión fueron: sexo femenino, edad adulta, estado civil divorciado, falta de confianza en la fiabilidad del

test de COVID-19, antecedentes de contacto directo o indirecto con la enfermedad y pasar más de 9 horas en casa.

Otro estudio se llevó a cabo (González, 2020) en donde se volvió a evaluar el impacto psicológico de la pandemia a través de la Escala Revisada de Impacto de Eventos (IES-R) a través de una muestra de 4183 sujetos vía redes sociales. Se obtuvieron los siguientes resultados: existe una manifestación de moderada a severa en cuanto a pensamientos intrusivos (22%), evitación (22.3%) e hiperactivación (12.2%). Los grupos de mayor riesgo de sufrir este distrés fueron: personas jóvenes, sexo femenino, con empleo, solteros, en aislamiento social, con mayor número de días en aislamiento así como una percepción de alto riesgo de contraer la enfermedad COVID-19.

1.2.1 Intervención psicoterapéutica

La intervención en crisis es ahora considerada como un recurso de primera mano para resolver problemas específicos y a corto plazo (Martínez, R. 2019).

Dicha intervención ha recibido diferentes nombres. Algunos autores como Slaikeu (1996) usa el concepto de intervención en crisis mientras que autores como Bellak & Small (1980) la consideran como una terapia breve o de emergencia.

El objetivo fundamental consiste en restablecer el funcionamiento de la persona previo al evento traumático atendiendo tanto la dimensión emocional como la resolución de problemas.

Los principales modelos de intervención en crisis son:

Modelo de Bellak y Small (1980)

Este modelo es de corte psicodinámico y se denomina Terapia Breve y de Emergencia o Urgencia (Bellak & Small, 1980). define a las crisis como situaciones en las que existen una alta tensión y ansiedad así como intentos fallidos de la persona para contenerlas. Bellak y Siegle (1986) postulan 10 principios básicos para una terapia breve:

- a) La terapia breve y la tradicional tienen similitudes
- b) El objetivo de la terapia es generar un cambio significativo en la persona
- c) Es orientada a problemas
- d) La formulación del caso se hace a través de conceptos psicoanalíticos y se considera el contexto cultural y social de la persona
- e) La terapia breve retoma conocimientos de diferentes enfoques psicológicos
- f) El terapeuta no se debe limitar a la mera eliminación de síntomas sino a lograr un bienestar, aún superior, al del estado previo a la crisis
- g) La terapia breve puede funcionar para la prevención
- h) El mejor esquema de trabajo es cuando la terapia es el tratamiento inicial en los ámbitos clínicos tales como clínicos y hospitales.
- i) El terapeuta debe cuidar su salud mental en todo momento

Para Small y Bellak (1993) la psicoterapia rápida o breve debe alcanzar sus objetivos en un corto tiempo en un número limitado de sesiones (5 o 6 sesiones cuya duración de cada una sea de 45-50 minutos), por lo que se requiere una intervención estratégica puntual fructífera.

Los principios básicos sobre la cual se fundamenta la terapia breve y de emergencia son:

Determinismo: Se refiere al principio de causalidad en el que un proceso cognitivo o una conducta es el resultado de factores múltiples, los cuales, a su vez, generan otros efectos.

Sobredeterminismo: Considerar la secuencia causal, en la cual intervienen múltiples factores por los que frecuentemente la terapia inicialmente no tiene eficacia clínica.

Continuidad de la personalidad y de la inconsciencia: después de la niñez, hay cierta predictibilidad con respecto al rango de respuestas al medio ambiente que una persona presenta.

Homeostasis: El organismo tiende a lograr un equilibrio entre el ello, el yo y el superyó.

Organización de la Psicoterapia en 5 sesiones

Sesión 1: Historia de cómo se originó el estado actual. Conocer la dinámica y la estructura de los problemas de la persona. Conocer los denominadores comunes de las experiencias anteriores del paciente. Crear alianza terapéutica.

Sesión 2: Se indagan pensamientos, emociones y sueños a partir de la primera sesión. Se delimita el problema a abordar en el resto de las sesiones.

Sesión 3: Trabajar cualquier ansiedad de separación. Verificar avances.

Sesión 4: Trabajar la recaída, ya sea por ansiedad de separación o por elementos reales.

Sesión 5: Los autores la llaman “mopping-up”: se cubren todos los aspectos pendientes para generar una transferencia positiva. Si se descubre un punto de inconsciencia del paciente, se sugiere comentar un nuevo proceso terapéutico en 3 meses.

Medicación: La terapia breve y de emergencia acepta que en ocasiones es fundamental la combinación de farmacoterapia y psicoterapia.

Eficacia de la Psicoterapia Breve y de Emergencia

El modelo fue utilizado por Solares & Soto (2012) para intervenir a niños y niñas cuyas edades fluctuaban entre 1 y 12 años que habían sufrido diferente tipo de maltrato – físico, emocional, por abandono o negligencia y abuso sexual). Las conclusiones fueron que tanto los síntomas como las desadaptaciones conductuales se reducían y, al mismo tiempo, se reafirmaba

Modelo de Slaikeu (1996)

De acuerdo con este modelo, el objetivo primordial es restablecer la capacidad inmediata de enfrentar el problema ya que, según otros autores como Caplan (1964), la persona a menudo se incapacita para resolver problemas. Dentro de este objetivo, existe 3 objetivos específicos que radican en:

- Mostrar apoyo cuando la presión la persona se encuentra experimentando presión al máximo.
- Reducir la mortalidad y evitar la auto destrucción

- En caso de que sea necesario, referir a la ayuda oportuna.

En momentos de crisis, Slaikeu propone dos tipos de intervención:

- a) De primera instancia: primeros auxilios psicológicos donde el principal objetivo es alcanzar el equilibrio previo a la crisis. No necesariamente proporcionada por personal especializado. Su objetivo principal es crear contacto psicológico, dimensionar el problema y aplicar la técnica de solución de problemas.
 - a. De segunda instancia: la meta es la resolución psicológica de la crisis.
Propone la terapia multimodal.

La primera ayuda psicológica debe consistir de los siguientes elementos:

Contacto Psicológico: El principal objetivo es generar empatía para empezar a dar herramienta de control en situaciones intensas. Esto se realiza a través de la reducción de la angustia inicial, así como la activación de su capacidad para resolver problemas

Dimensionar el problema: Se conoce el suceso disparador para posteriormente apoyarlo a definir y priorizar sus necesidades a corto y mediano plazo. En esta etapa resulta fundamental el evaluar potenciales conductas de auto lesión o lesiones a terceros así como su funcionamiento antes de la crisis

Contemplar soluciones: Se exploran los intentos fallidos que ha tenido la persona para solucionar su problema. Se exploran nuevas alternativas y se proponen las más viables. Empiezan a identificarse soluciones inmediatas.

Ayudar a tomar acción concreta: Si la mortalidad es alta, se adopta una actitud directiva, de lo contrario, la actitud debe ser más facilitadora.

Seguimiento: Se abre la posibilidad de poder trabajar juntos en un futuro. Generar opciones de seguimientos. Quien realiza los primeros auxilios psicológicos deberá evaluar si la persona realmente percibió el apoyo recibido así como una reducida probabilidad de mortalidad. Canalizar el caso.

La terapia multimodal

La terapia multimodal de Lazarus, la cual es una forma ecléctica de terapia breve que reúne las técnicas basadas en la evidencia de otros métodos terapéuticos sin la necesidad de conciliar el sustento teórico de cada una de ellas. Se fundamenta en las teorías de aprendizaje cognitivo y aprendizaje social.

Slaikeu (1996) propone dicha terapia como una segunda parte a su propuesta inicial de Primeros Auxilios Psicológicos. Esta terapia asevera que hay 6 dimensiones de la personalidad, las cuales son representadas por el acrónimo BASIC-ID:

La B representa Conducta (behavior, en inglés): conductas obstaculizantes y favorecedoras del bienestar del paciente.

La A representa emociones (affective reactions en inglés): emociones predominantes y las variables que las originaron

La S representa Sensación y pide al paciente externar cualquier queja física o de percepción.

La I representa Imágenes y se refiere a la posibilidad de la existencia de “flashbacks” o recuerdos intrusivos.

La C representa Cognición, refiriéndose a las actitudes, valores, creencias, opiniones, obligaciones percibidas y adquiridas, así como los pensamientos automáticos que acompañan a dicha cognición.

La I en segundo lugar representa Relaciones Interpersonales, evaluando la red de apoyo social con la que cuenta la persona: relaciones significativas, esperanzas propias y de los demás así como la calidad de su relación con su medio.

La D significa drogas, sustancias o cualquier otra variable biológica que esté en juego tal como condición y hábitos de salud (dieta, peso, sueño, ejercicio)

Estas dimensiones se cubren en la entrevista inicial a través del instrumento llamado Inventario Multimodal de Historia Clínica (MLHI, Multimodal Life History Inventory) la cual consta de 15 páginas y es asignada al paciente – siempre y cuando no esté en estado de desorganización o agitación extrema) como tarea para ser llenada, posteriormente discutida y sobre la cual descansará la formulación del tratamiento correspondiente. El plan de tratamiento tiene que cubrir cada una de las dimensiones de la personalidad y dichas intervenciones se clasifican en actividades de a) supervivencia física, b) expresión de sentimientos, c) dominio cognoscitivo y d) adaptaciones conductuales / interpersonales.

Supervivencia física:	Proporcionar Primeros Auxilios Psicológicos
	Conocer los hábitos de auto cuidado y auto protección del paciente.

- Expresión de sentimientos: Catarsis del paciente. Verbalización de la experiencia traumática. Psicoeducación. Función de las emociones en el funcionamiento psicológico global.
- Dominio cognoscitivo: Reflexión sobre el evento crítico para poder adoptar otra postura. Impacto del evento crítico en expectativas y planes. Apoyo en la adaptación de creencias y expectativas: biblioterapia, reestructuración cognitiva, toma de decisiones, tareas para casa, auto diálogo dirigido, imaginación, técnicas paradójicas.
- Adaptaciones conductuales: Reflexión sobre los cambios que el paciente requiere en cada una de las áreas principales. Incorporación de su red social para apoyo emocional.

Eficacia clínica de la Terapia Multimodal

Kheirandish & Kheirandish (2016) investigaron la eficacia clínica de la terapia multimodal en pacientes geriátricos en asilos de Arak, Irán. A los residentes que deseaban participar en el estudio, se les asignaba a un grupo control y otro, experimental. A éste último se les proporcionaba terapia con duración de 90 minutos a lo largo de 12 sesiones. Al cabo de estas sesiones, se les aplicaban dos instrumentos: el Cuestionario Subjetivo de Bienestar, el cual evalúa: a) vitalidad, b)

fuerza de voluntad, c) estrés – depresión y la Escala de Esperanza Adulta de Snyder, la cual evalúa la motivación para poder dirigir energía para llegar a metas y su planeación. Los efectos de la intervención fueron estadísticamente significativos en la percepción subjetiva del bienestar, sin embargo, los investigadores aún recomiendan ahondar un poco más en el impacto sobre la afectividad.

Investigación

A pesar de que la depresión reactiva y los trastornos adaptativos son muy comunes en el ámbito clínico, se ha realizado poca investigación con respecto a su tratamiento. Carta, M.G., et al (2009) hicieron un estudio sistemático donde revisaron toda la información disponible en el sitio PUBMED hasta ese año: epidemiología, características clínicas, comorbilidad, tratamiento y pronóstico.

Los autores argumentan que es difícil estudiar un trastorno en el que hay relativamente un impacto subjetivo a considerar, lo que se pretende cambiar con esta investigación. Por otro lado, el uso de medicamentos psicotrópicos tales como antidepresivos aún no cuenta con la suficiente evidencia. Este es un tema bastante delicado pues durante este trastorno, es común que se presenten síntomas depresivos - de leves a moderados en un período relativamente largo de tiempo - a severos en un período corto (Casey et al, 2006)

Un punto principal es la dificultad para trazar un diagnóstico diferencial entre el trastorno adaptativo y otros trastornos como la depresión mayor. Malt, UF. et al (1996) evaluaron la confiabilidad del diagnóstico como parte del trabajo del *European Consultation Liaison Workgroup (ECLW)* trabajando con viñetas clínicas

y 220 psiquiatras y psicólogos – todos previamente entrenados para codificar dicho trastorno – y se encontró que el 76% de los participantes lograron un acuerdo con una confiabilidad de .70. A pesar de este nivel de confiabilidad, en el estudio se notaron dificultades para realizar dicha diferenciación.

Dadas las anteriores circunstancias, el tratamiento se dificulta porque esta desadaptación es frecuentemente de corta duración – aunque durante ésta hay una alta probabilidad de suicidio ya que las personas disminuyen sus relaciones sociales y, por tanto, también las posibilidades de obtener apoyo social, exacerbándose sintomatología depresiva (Lacomba-Trejo, L., 2016)

Dada la definición del trastorno, hasta el momento se ha visto que los esquemas más eficaces son la psicoterapia focalizada en soluciones, tal como la terapia interpersonal o la terapia de resolución de problemas. (Klerman, G. et al, 1984)

La literatura sobre intervención en crisis cuenta con estudios como el de Acevedo, A. & Romel-Yañez, C. (2014) en donde se proponen tres tipos de intervenciones para personas que han sufrido: violencia política, desplazamiento, secuestro y desastres naturales, entre otros:

- a) Primeros auxilios psicológicos para lograr una disminución del impacto y la crisis
- b) Manejo del impacto y pérdida.
- c) Procesamiento emocional, utilizando técnicas conductuales, de desactivación fisiológica y cognitivas.

1.2.2 Telepsicología

Dada la emergencia sanitaria y sus consecuencias de restringida movilidad física, se impartieron las sesiones a través de videollamada. En Estados Unidos, hay datos que antes de la pandemia, sólo el 7.07% de los psicólogos prestaban sus servicios a través de videollamada, mientras que durante la pandemia, este número se incrementó a 85.53% (Pierce et al, 2021). En este mismo tenor, se tiene previsto que la telepsicología siga utilizándose aún después de la pandemia en un 34.96%. Esta forma de trabajo tiene implicaciones clínicas y legales importantes, por lo que la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013) publica lineamientos específicos en cuanto al tipo de tecnología utilizada, privacidad de datos, apego a las regulaciones y políticas donde se preste el servicio, la atención a personas de otros países y culturas, confiabilidad y validez de los instrumentos utilizados vía electrónica entre otros puntos importantes.

De acuerdo con la APA, la telepsicología es el proporcionar servicios psicológicos a través de la tecnología, incluyendo el teléfono, aparatos móviles, videoconferencia interactiva, correo electrónico, chat, texto e internet. La APA creó su propio manual para que el psicólogo pudiese tomar las mejores decisiones cuando utilice la tecnología para proporcionar estos servicios, por lo que, hasta el momento, la APA no pretende imponer dichas guías para cada situación clínica. El enfoque principal pretender concientizar al clínico de los alcances que tiene su trabajo así como de la regulación local, federal y/o institucional donde pretenda ejercer su práctica. Pierce et al (2021) realizaron un estudio transversal nacional en los Estados Unidos, en donde, previo a la pandemia, 7.07% de los psicólogos

autorizados a ejercer habían hecho telepsicología, mientras que, durante la emergencia sanitaria, esta práctica se elevó al 85.53%. Las actividades psicológicas predominantes fueron: con pacientes mujeres, capacitación y políticas de apoyo organizacional así como con tratamientos de la ansiedad y temas femeninos. Las actividades con el menor incremento en telepsicología fueron: en contextos rurales, tratamiento del trastorno antisocial de la personalidad, evaluación clínica así como rehabilitación de poblaciones. Otro punto importante que resaltan las guías es concientizar al paciente del posible riesgo a la privacidad de las sesiones dada la vulnerabilidad de las redes y aplicaciones.

Las guías se dividen en 8 puntos:

Guía 1: Competencia del psicólogo

El psicólogo tiene la obligación ética de proveer servicios dentro de los límites de su entrenamiento profesional y experiencia supervisada y/o profesional. Asimismo, el profesional tiene la obligación de estar constantemente evaluando sus competencias. Por otro lado, se debe evaluar si el esquema de telepsicología le puede funcionar al paciente / cliente que busca los servicios ya que se consideran características culturales, lingüísticas, socioeconómicas y temas individuales tales como estatus médico, estabilidad psiquiátrica, discapacidad física / cognitiva y preferencias personales.

Guía 2: La intervención por videollamada debe cuidar cada uno de los aspectos éticos del quehacer presencial del psicólogo

Al igual que en los esquemas presenciales, el psicólogo debe hacer una evaluación inicial para ver qué tan conveniente le resulta al cliente / paciente el uso de esta modalidad en términos de riesgos, beneficios, posibles problemas multiculturales y éticos que pudieran aparecer durante el tratamiento. Un punto importante de reflexión es ver si en la localidad existen servicios psicológicos presenciales y por qué la persona busca este tipo de servicio.

Cuando el psicólogo decide proveer servicios de telepsicología, es necesario considerar aspectos muy importantes como la localización geográfica de la persona, cultura, habilidades con la tecnología (tanto el paciente como el cliente/paciente), condición médica, estatus mental, estabilidad emocional, diagnóstico psiquiátrico, uso actual de sustancias y sus antecedentes, otros tratamientos recibidos y motivo de consulta.

Guía 3: Consentimiento informado

Es fundamental que el cliente/paciente sea informado sobre el esquema de trabajo de la telepsicología así como su autorización para utilizarlo, sobre todo en este caso en línea, la cual la privacidad puede verse comprometida dada la vulnerabilidad de ciertas redes sociales. Una parte fundamental es desarrollar el encuadre a través del cual se va a dar la comunicación. Este documento tiene que ser redactado con palabras que le sean familiares al paciente considerando variables culturales, lingüísticas e institucionales que pudieran tener impacto en la comprensión de dicho

texto. Asimismo, una parte importante del encuadre es el cobro de las sesiones: plataforma de cobro, cantidad, modalidad de la sesión, horarios así como la contemplación de eventos fortuitos que pudieran impedir la sesión, tales como problemas con la red, fallas en la señal, entre otros.

Guía 4: Confidencialidad de los datos del Paciente / Cliente

Se debe evaluar el riesgo potencial de la pérdida de confidencialidad al proveer el servicio a través de plataformas, por lo que ambas partes se comprometen a utilizar los medios y procedimientos que aseguren la protección de datos. Asimismo, el psicólogo que es usuario de redes sociales debe tener cuidado en cuanto a la protección de sus datos personales y/o profesionales clínicos ya que éstos pueden quedar expuestos cada vez que utiliza la red.

Guía 5: Seguridad y transmisión de datos

El profesional tiene que asegurarse que los datos clínicos de los pacientes se encuentran completamente resguardados de cualquier tipo de intrusión electrónica, los cuales pueden incluir virus computacionales, “hackers”, robo de equipo tecnológico, daño a dispositivos de almacenamiento o facilidad para acceder a éstos por usuarios no autorizados, mal funcionamiento o tecnología obsoleta.

Guía 6: Privacidad de la información

El psicólogo que provee el servicio de telepsicología hace todo lo que está de su parte para eliminar dispositivos o material a través del cual se pudiera tener acceso no autorizado a la información compartida en la sesión, ya sea hardware o software que pudiera tener información sensible, imágenes o cualquier otra fuente de

información que pudiera afectar el acuerdo de privacidad entre el paciente y el profesional. Se recomienda a los psicólogos documentar cuál fue el procedimiento a través del cual desecharían posibles dispositivos de información así como la posibilidad de exponerse a malware, cookies.

Guía 7: Evaluación y diagnóstico en línea

Se recomienda que los psicólogos prevengan cualquier tema que pudiera originarse a raíz de realizar evaluaciones en línea – originalmente diseñados para sesiones presenciales. Asimismo, deben estar conscientes de las necesidades especiales que pudieran requerir los pacientes de poblaciones diversas durante dicha evaluación.

Es de suma importancia que el psicólogo se asegure que, al pasar la evaluación diseñada para sesiones presenciales a una sesión en línea, ésta no pierda su validez y confiabilidad así como sus condiciones de administración requeridas.

Las poblaciones con necesidades especiales tal vez requieran modificaciones y adaptaciones de acuerdo con su manejo del idioma, cultura o de acuerdo con alguna discapacidad física o sensorial. Se recomienda tener alguna figura entrenada que pudiese fungir como asistente presencial – donde se encuentre el paciente – y así asegurarse que el examinado realmente conteste de forma veraz y personal los test que se le administren.

Guía 8: Políticas y regulaciones legales

Se les recomienda a los psicólogos familiarizarse con todas las normas y procedimientos legales cuando otorguen los servicios de telepsicología en otras jurisdicciones o más allá de sus fronteras nacionales.

1.2.3 Tratamiento farmacológico

Es muy común que en una institución psiquiátrica, se presenten urgencias dentro de las cuales se destacan: síntomas psiquiátricos que pueden tener etiología por una enfermedad orgánica, uso de medicamentos o abuso de sustancias. Asimismo, otros tipos de urgencias psiquiátricas comunes son la ideación suicida, la agitación psicomotora y el delirium. (Nieto et al, 2017)

En medicina, la urgencia tiene como objetivo principal el disminuir la amenaza a la vida o la prevención de secuelas graves. En un contexto psiquiátrico dentro de un hospital general, se hablan de tres escenarios (Nieto et al, 2017):

- Síntomas psiquiátricos con etiología de enfermedades orgánicas: se recomienda sospechar esta situación cuando el paciente tenga una edad mayor a 30 años sin historial psiquiátrico previo de trastornos pero con antecedentes de enfermedad física, abuso de drogas o sustancias, inicio súbito de síntomas confusión, alucinaciones visuales, desorientación en tiempo y espacio, síntomas no congruentes con un cuadro bien definido, signos vitales anormales y coexistencia de alguna enfermedad orgánica. Generalmente estos pacientes tienen una pobre respuesta al tratamiento psiquiátrico y es obvio decir que los pacientes deben recibir tratamiento en

función del diagnóstico de enfermedad física, más que por las manifestaciones psiquiátricas. Las enfermedades que más comúnmente generan síntomas psiquiátricos cuyo diagnóstico primario es físico son:

- Enfermedades neurológicas: generalmente impactan vascularmente, presión intracraneal o por el efecto de masa. Situaciones comunes son trauma cerebral, tumores cerebrales, encefalopatías, epilepsia, enfermedad cerebrovascular y enfermedades degenerativas como lo son las demencias, Parkinson y Huntington cuyas manifestaciones sintomáticas son depresivas, de ansiedad y psicóticas
- Enfermedades cardiorrespiratorias: irritabilidad, cambios anímicos, somnolencia y confusión. En neumonías, es común el delirium. El edema pulmonar y el tromboembolismo pulmonar están asociados a sensación de asfixia, ansiedad, y agitación. En trasplantes de pulmón, se han visto importantes manifestaciones de síntomas depresivos. En cardiovascular, pueden haber palpitaciones y ansiedad cuando hay prolapso de la válvula mitral, por lo que puede haber una simulación de una crisis de pánico.
- Enfermedades inflamatorias e infecciosas: se generan síntomas mediados por citoquinas pro inflamatorias. En las enfermedades autoinmunes puede haber cambios repentinos anímicos así como deterioro cognitivo, delirium y psicosis. Enfermedades frecuentemente producir síntomas psiquiátricos son la mononucleosis, VIH / SIDA y fiebre tifoidea.

- Neoplasias: El síndrome paraneoplásico se presenta principalmente cuando existen alteraciones inmunológicas secundarias a cáncer, manifestándose en síntomas como alteración de conciencia, de la cognición, del ánimo y de la sensopercepción.
- Enfermedades endocrinas, metabólicas y estados deficitarios: las manifestaciones psiquiátricas suelen ser la enfermedad de Graves, de Addison, el síndrome de Cushing, la feocromocitoma, la hiperprolactinemia y el hipogonadismo masculino, síndrome premenstrual y la menopausia. El hipotiroidismo puede generar ansiedad y hasta demencia, sobre todo en ancianos. Los desórdenes electrolíticos pueden generar crisis de pánico: tal es el caso de la hipocalcemia.
 - Sustancias que inducen síntomas psiquiátricos
 - Propiedades psicomiméticas: cocaína, anfetaminas, alucinógenos y cannabis
 - Intoxicación por estimulantes (cocaína, crack, anfetaminas). Las benzodiazepinas pueden tener efectos contrarios al ansiolítico en personas de la tercera edad.
- Síntomas psiquiátricos que generan síntomas físicos que pueden parecer clínicamente significativos:
 - Trastorno de ansiedad: Se habla de hasta un 40% de pacientes de la población total que acude al servicio de

urgencias. Los ansiolíticos benzodiazepínicos son los medicamentos de rescate más prescritos . Otros síntomas de este espectro pueden ser fobias, comportamiento de evitación y de estrés postraumático.

- Trastorno de conversión: también llamados trastornos neurológicos funcionales, se presentan con frecuencia en el servicio de neurología y psiquiatría. Restrepo et al (2017) proponen un diagnóstico en función de signos neurológicos para después descartar cada afección que pudiese ser diagnosticada. Los síntomas son primordialmente sensitivomotores, los cuales inicialmente se clasificaban como neurosis histérica y después como trastornos conversivos. Generalmente se recomienda intervención psicoterapéutica
- Trastornos somatomorfos: síntomas físicos como dolor, gastrointestinales, genitourinarios, pseudoneurológicos, sexuales, fatiga los cuales generan una disminución significativa en la calidad de vida del paciente. No existe evidencia de la etiología orgánica de estos síntomas. La mejor intervención es la cognitivo conductual y los autores que contemplan el trastorno desde la teoría psicoanalítica ven un pobre pronóstico de estos pacientes.
- Trastorno facticio: también conocido como síndrome de Munchausen (Nieto et al, 2017) consiste en una constante fabricación de síntomas físicos agudos y exagerados por lo

que los pacientes invierten numerosos recursos para pedir que sean tratados. Nieto (2017) recomienda tener mucho cuidado con estos pacientes ya que en su desesperación de buscar atención médica, son proclives a la sobremedicación, tratamientos lesivos e innecesarios con implicaciones de riesgo para la salud y la vida.

- Coexistencia tanto de trastornos psiquiátricos como enfermedades orgánicas

Situaciones clínicas consideradas como urgencias psiquiátricas:

- a) Ideación suicida
- b) Delirium
- c) Agitación psicomotora

Stein (2018) realizó una revisión sistemática en donde hubieron ensayos aleatorios en la administración de farmacoterapia durante los trastornos adaptativos, encontrando que hasta la fecha hay poca evidencia que apoye el uso generalizado de medicamentos: en cuadros de ansiedad por desadaptación, encontraron que el uso de etifoxina tiene mayor eficacia clínica que la buspirona o las benzodiacepinas. ***** mencionar algo sobre depresión acá

1.3 Escalas Autoadministrables

Las escalas autoadministrables tienen, como hemos visto en capítulos anteriores, la gran ventaja de una fácil administración en tiempo y forma así como un alto nivel de confiabilidad y validez siempre y cuando el instrumento requiera las

características psicométricas necesarias, sin embargo, es imposible negar que estos valiosos instrumentos tengan algunas limitantes. Rosenman, R. et al (2011) realizó un estudio donde se utilizó una herramienta estadística llamada análisis estocástico para medir respuestas sesgadas y sus covariables en una intervención familiar en donde se vio que los padres participantes deseaban dar una imagen más positiva de sí mismos, distante de lo que medían otros instrumentos aplicados para comunicación sobre el uso de sustancias, comunicación en general, involucramiento de los niños en las actividades y decisiones familiares así como conflicto familiar y la relación demográfica de estas variables.

De acuerdo con Ebel (2008), los instrumentos más comunes en ámbitos clínicos ambulatorios son el Inventario de Depresión de Beck, la escala de Depresión de Hamilton y la Escala Autoadministrable de Zung. Existen otros instrumentos como la versión breve de 4 ítems del Detector Breve de Casos de Depresión así como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión – utilizada más en poblaciones más específicas – sin embargo, algunos de estos instrumentos tienen una baja sensibilidad y especificidad, por lo que en ámbitos de investigación y especializados, se evita el uso de los mismos.

1.3.1 Inventario de Depresión de Beck

El BDI es un instrumento que ha permitido abreviar tiempos en la valoración de síntomas depresivos en poblaciones clínicas y no clínicas con una alta confiabilidad.

El test tiene 21 ítems que incluyen síntomas y actitudes representativas de la depresión ordenadas de acuerdo con la severidad que el paciente y el clínico van evaluando de forma conjunta. La versión original fue diseñada para que un entrevistador leyera en voz alta los síntomas descritos en el test, a lo cual el paciente seleccionaba la respuesta que más reflejara su estado de ánimo representativo en las últimas 2 semanas incluyendo el día de la aplicación. Típicamente tomaba entre 10 y 15 minutos para calificar el instrumento. En 1971, Beck y sus colaboradores cambiaron el BDI, en donde se eliminaron palabras y frases alternativas para los mismos síntomas así como la doble negación. No fue hasta 1987 que se publicó un manual técnico estableciendo nuevos rangos de puntuación para interpretar el nivel de severidad de los síntomas depresivos. A lo largo de los años desde su creación, se han hecho revisiones exhaustivas con respecto a qué síntomas se deben evaluar para evitar los falsos positivos, tales como el incremento de apetito y sueño, los cuales pueden ocurrir en adultos normales. En 1984, se empiezan a revisar todos los ítems del instrumento llegando así a la versión BDI-II, cuyos ítems se encuentran reformulados: autoacusación fue cambiada a autocrítica; cambio de imagen corporal, pérdida de peso, preocupación somática y dificultad en el trabajo fueron sustituidos por instancias como agitación, desvalorización, dificultad de concentración y pérdida de energía. Tanto en el ítem de insomnio como en el de pérdida del apetito fueron modificados por cambios en los hábitos de sueño y cambios en el apetito, respectivamente.

Uso clínico

Se utiliza a partir de los 13 años siempre y cuando el paciente cuente con diagnóstico psiquiátrico. Los síntomas coinciden con los descritos en el DSM-V su objetivo es indicar la presencia de éstos y su severidad y no como instrumento diagnóstico.

Condiciones de administración

Lugar ventilado, donde el sujeto pueda concentrarse y entender cada uno de los ítems. Se aplica generalmente entre 5 y 10 minutos, sin embargo, en sujetos con patologías graves como la depresión severa y trastornos obsesivos, la administración puede durar más tiempo.

Tanto como el entrevistador como el sujeto (paciente) tendrán una copia del test. El examinador leerá las instrucciones y le pedirá a la persona que indique qué enunciado describe más fidedignamente la forma en la que se ha sentido en las últimas dos semanas incluyendo el día de la aplicación. El paciente escoge la opción mencionando el número del enunciado; el examinador repite el enunciado correspondiente a dicho número para cerciorarse de la respuesta. Si la persona escoge dos enunciados, se toma aquél que tenga el número superior.

Puntuación

Se suman los números asignados a cada ítem elegido – rango 0 a 3. De acuerdo con Jurado, et al, (1998) las normas de calificación para del BDI-II para la población mexicana son:

Tabla 2

Normas de calificación del BDI-II para la población mexicana (Jurado, et al., 1998)

Nivel de Depresión	Puntaje Crudo
Mínima	0 a 9
Leve	10 a 16
Moderada	17 a 29
Severa	30 a 63

1.3.2 Escala autoadministrable de Zung

Zung y Durham realizaron investigación sobre depresión. Correlacionaron la presencia y la severidad del trastorno depresivo con parámetros clínicos específicos, los cuales tomaban considerable tiempo y, por tanto, poco prácticos para fines clínicos y de investigación, por lo que decidieron elaborar una escala que reuniera fuera auto aplicable, tuviera los síntomas más representativos de depresión, fuera breve y sencilla, aplicación cuantitativa y recabar respuestas directas. (Rodríguez, A., 1999)

Esta escala responde a las siguientes necesidades:

- a) Aplicable a pacientes cuyo diagnóstico primario fuera depresión
- b) Evaluar los síntomas más representativos de la depresión
- c) Su administración fuera corta, sencilla, cuantitativa
- d) Auto aplicable

El instrumento tiene 20 reactivos, los cuales están formulados de forma positiva o negativa alternativamente. Cada respuesta tiene un valor cuyo rango va de 1 a 4.

Esta estructura nos va a permitir valorar la intensidad con la que los pacientes están viviendo la depresión.

Administración de Zung

Se le proporciona al paciente la lista de declaraciones y se le pide que marque en el recuadro la respuesta que mejor describa su situación actual. Posteriormente, estos números son sumados y transformados a un valor índice llamado AMD. En función de este último valor, se obtiene una evaluación final de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 3

Calificación del EAMD

Diagnóstico de los grupos de referencia	Índice AMD	Rangos
Controles normales	33	25-43
Pacientes deprimidos hospitalizados	74	63-90
Pacientes deprimidos no hospitalizados	64	50-78
Reacciones de ansiedad	53	40-68
Desórdenes de la personalidad	53	42-68
Reacciones de ajuste ante situaciones transitorias	53	38-68

Han habido numerosos estudios para evaluar la validez concurrente de Zung con otros instrumentos: el mismo Zung utilizó el Depression Status Inventory (DSI) encontrando coeficientes de correlación significativos ($p=0.01$).

En México, Zung se validó gracias a Lara Tapia, et al. (1976) utilizando el MMPI como prueba criterio, concluyéndose de esta forma que el instrumento funciona para evaluar severidad de síntomas así como detectar la depresión oculta.

Asimismo, Lara Tapia, et al. (1998) realizaron un estudio para ver la relación entre depresión mayor y climaterio tanto en pacientes ambulatorios como internados a un grupo de 60 pacientes de sexo femenino utilizando Zung y MMPI.

Posteriormente, este mismo autor realizó un estudio epidemiológico de los trastornos depresivos con pacientes psiquiátricos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía durante dos años, obteniendo las normas de validación para México utilizando como pruebas la escalas de Hamilton y Zung.

1.3.3 Limitaciones de las escalas autoadministrables

Las escalas autoadministrables o de auto reporte han mostrado tener una alta confiabilidad y validez para medir diferentes cuadros, tales como el de la depresión y ansiedad, sin embargo, es conveniente tener en cuenta que también tienen sus limitaciones.

Tal como afirma Lucas (2018), los instrumentos en donde se evalúe la experiencia subjetiva de la persona va a exigir una constante vigilancia de las propiedades psicométricas de los instrumentos. Como se ha visto en otros estudios, los instrumentos clínicos no necesariamente se contraponen a los autoadministrables sino que proporcionan otro tipo de información. (Rosenman, et al, 2011).

Por otro lado, también depende del tipo de personas a las que se administre estos instrumentos. Algunas personas, por su nivel académico o por alguna situación específica personal, como lo puede ser una discapacidad, frecuentemente obliga al clínico a utilizar medidas alternativas para la autoadministración. Beck et al.,1996).

Lilienfeld et al, (2006) revisaron los controversias conceptuales y metodológicos al querer evaluar la psicopatía a través del auto reporte, por lo que los autores proponen una investigación más exhaustiva sobre el tema.

Algunos otros autores recomiendan utilizar los instrumentos de auto-reporte como un primer filtro en investigación y en trabajo clínico gracias a su facilidad de administración tanto individual como masiva. Representa una ventaja el que la persona que está viviendo la situación – como en el caso de la depresión utilizando Zung – proporcione información de primera mano, sin embargo, los sujetos, por diferentes razones, pueden proporcionar respuestas inválidas, en especial preguntas demasiado personales y de información sensible para él mismo – deseabilidad social; asimismo, se han hecho estudios en los que los sujetos tienen ya ciertas tendencias a responder los instrumentos, sin importar mucho el área evaluada. Asimismo, en investigaciones, se ha visto que los sujetos participantes modificar propositivamente sus respuestas para generar en el investigador o evaluador una imagen particular de ellos mismos. Por último, al tener opciones limitadas, algunos sujetos no se sienten plenamente identificados con ninguna de las respuestas proporcionadas en el instrumento, por lo que la evaluación puede no reflejar la situación real que la persona nos quiere comunicar.

Otros autores como Lanyon y Goodstein (1997) clasifican las distorsiones en las respuestas en dos categorías: los estilos de respuesta y los conjuntos de respuesta.

Dentro de los estilos de respuesta, las personas pueden tener una tendencia a contestar de forma positiva o afirmativa independientemente del tema a evaluar, logrando así que el sujeto intente balancear sus respuestas positivas – negativas. Por otro lado, hay estilos en los que las personas tienden a contestar de forma más extrema (sobre todo mujeres). Por último, está el polarización por afectividad negativa, en donde el sujeto tiende a puntuar mucho más alto cuando se encuentra enfrentando un estresor interno o externo considerable, viéndose un efecto claro cuando se evalúan temas como: síntomas somáticos, estrés al trabajo y situaciones coyunturales en su vida.

1.4 Percepción subjetiva de los síntomas

Uno de los objetivos de este estudio es conocer la percepción que tiene el paciente del cuadro depresivo – es decir, su experiencia subjetiva - comparado con el cuadro clínico medido a través de un instrumento como lo es el Inventario de Depresión de Beck II.

Hay algunos estudios que ya han dado cuenta de la diferencia entre estas dos dimensiones. Wernicke, R.A. et al (2006) realizó un estudio en donde se investigó la percepción de la depresión en personas que jamás habían tenido síntomas clínicos, por lo que se utilizaron instrumentos como el BDI-II para excluir gente que tuviera síntomas depresivos, y la percepción de posibles síntomas a través del

Inventario de Proclividad a la Depresión (DPI, por sus siglas en inglés) y el Cuestionario de Auto Evaluación Revisado (R-SAQ, por sus siglas en inglés) el cual evalúa las creencias sobre la experiencia propia con la depresión. Sus resultados indican que el haber sufrido depresión clínica no genera mayor empatía por quien sufre el cuadro sin significar esto que se deba a falta de información.

Por otro lado, se han realizado estudios importantes donde se pretende evaluar la eficacia del uso de escalas dirigidas al clínico y las auto administrables. Tradicionalmente se ha pensado que se pueden utilizar de forma intercambiable, sin embargo, en el estudio llevado a cabo por Uher, R. et al (2012) se vio que cada tipo de escalas provee información significativa para el pronóstico del tratamiento farmacológico: las escalas autoadministrables contribuían con más información que las escalas clínicas, por lo que recomiendan utilizar ambos tipos de escalas en las evaluaciones. Una parte importante siempre a considerar es cómo vive la experiencia de la depresión el paciente, lo cual parece favorecer su respuesta al tratamiento.

Otros estudios han evaluado la sensibilidad de las escalas autoadministrables con respecto a las escalas clínicas. Rush, J. et al (2005) utilizó 3 escalas auto administrables – Inventario de Auto Reporte de Sintomatología Depresiva (QIDS-SR30), el Inventario Rápido Auto Administrable de 16 ítems (QIDS-SR16) y el Test de Impresión de Impresión – Mejora Global del Paciente (PGI-I) contra la versión de 24 ítems de la Escala de Depresión de Hamilton después de una intervención farmacológica (nefazodona) y psicoterapéutica de 12 semanas a través de ensayos aleatorios controlados. Se vio que no habían diferencias estadísticamente

significativas y que las escalas de auto reporte, con pacientes deprimidos ambulatorios no psicóticos en muestras de tamaño considerable con fines de investigación académica, pueden resultar fiables y de mucha más fácil administración que las escalas clínicas.

Metodología

Justificación

Todos tenemos formas diferentes de reacción ante eventos estresantes de diferente índole: algunos niegan la situación, otros la enfrentan, algunos otros huyen con todas las implicaciones que esto conlleva. Enfrentar un problema de salud pública en lo individual no es nada fácil: inicialmente la gente en México veía con escepticismo las posibles consecuencias de saturación en el sistema de salud, económicas, sociales e individuales (Domínguez-Varela, 2020). Álvarez (2011) menciona: cuando existen desastres y situaciones críticas, como lo puede ser una emergencia sanitaria, hay una parte de la población proclive a los trastornos depresivos y ansiosos, cuadros de estrés agudo y postraumático así como consumo excesivo de alcohol y sustancias, sobre todo, en la fase aguda de los desastres. Durante la pandemia, existía la gran incertidumbre del pronóstico de la recuperación de persona con COVID-19, ya que hubieron numerosas muertes por causa de la enfermedad. Asimismo, durante cierto tiempo nos vimos sometidos a aislamiento físico y a una incertidumbre que generó precisamente un cuadro de reacciones ansiosas y depresivas en algunas personas, generándose así una situación de crisis psicológica. Dicha crisis se debe atender oportunamente ya que se reduce el riesgo suicida y se aprende una nueva forma de enfrentar el evento estresor (Wang et al.,

2020). Por esta situación, se decidió implementar Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) - en la intervención inicial. Por otro lado, se diseñó una intervención de corte cognitivo conductual para dotar a la persona de herramientas para manejar dichos síntomas. De esta última intervención, se midió objetivamente su eficacia a través de dos instrumentos clínicamente estandarizados en México: el Inventario de Depresión de Beck y la Escala Autoadministrable de Depresión de Zung en donde se compara la experiencia subjetiva del cambio psicológico contra la evaluación de los síntomas depresivos por parte del clínico.

Objetivo general

Evaluar si existe un cambio estadísticamente significativo posterior a una intervención clínica utilizando dos instrumentos: a) una escala clínica de Depresión como el BDI – II y b) una escala de percepción subjetiva autoadministrable (EAMDZ) y compararla con la percepción individual de los sujetos de su propia mejora – en el abordaje de los síntomas depresivos en personas que solicitan apoyo psicológico a través de redes sociales a causa de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la Ciudad de México. Se trató de una intervención en crisis que constó de a) primeros auxilios psicológicos (Slaikeu, 1996) y terapia para la depresión de Beck (Barlow, 2014)

Objetivos específicos:

- Conocer la severidad de los síntomas depresivos al momento en el que los usuarios solicitan apoyo psicológico a través de una escala clínica (Beck) y una escala autoadministrable (Zung)

- Evaluar la severidad de los síntomas depresivos en una etapa posterior a la intervención utilizando Beck
- Evaluar la percepción personal de los síntomas depresivos en una etapa posterior a la intervención utilizando Zung
- Intervenir utilizando inicialmente la intervención en crisis de Slaikeu llamada Primeros Auxilios Psicológicos (2 sesiones)
- Intervenir posteriormente utilizando la terapia para la depresión de Beck (8 sesiones)
- Conocer si la intervención proporcionada fue estadísticamente significativa.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Qué impacto psicológico tiene el COVID 19 en la población mexicana?
- 2) ¿Cómo incide en los síntomas depresivos una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual tanto a nivel clínico como en la percepción subjetiva de síntomas?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

HIPÓTESIS INVESTIGACIÓN 1:

Existe un cambio estadísticamente significativo entre el pre test y el post test utilizando la Escala de Depresión de Zung

HIPÓTESIS NULA 2:

No existe un cambio estadísticamente significativo entre el pre test y el post test utilizando la Escala de Depresión de Zung

HIPÓTESIS INVESTIGACIÓN 2:

Existe un cambio estadísticamente significativo entre el pre test y el post test utilizando el Inventario de Depresión de Beck

HIPÓTESIS NULA 2:

No existe un cambio estadísticamente significativo entre el pre test y el post test utilizando el Inventario de Depresión de Beck

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

- **Modelo de intervención en crisis en personas usuarios de redes sociales solicitantes de apoyo psicoterapéutico vía videollamada**
 - Definición conceptual: Es el conjunto de métodos para reestablecer la estado de la persona previo a la crisis. Dicha intervención consta de dos fases: primeros auxilios psicológicos (Slaikeu, 1996) y terapia para la depresión (Beck, 1979)
 - Definición operacional: Intervención en crisis para usuarios de redes sociales solicitantes de apoyo psicoterapéutico. La intervención consta de 8 sesiones de 1 hora vía videollamada. La intervención es de corte cognitivo conductual.

VARIABLES DEPENDIENTES

- Respuestas cognitivas, conductuales y emocionales ante la crisis sanitaria.

- Definición conceptual: Las respuestas cognitivas son pensamientos e imágenes resultantes de la interacción entre los estímulos del medio y los procesos cognitivos. (Fernández et al, 2012). La emoción es una respuesta fisiológica breve e intensa que tiene fines adaptativos. La respuesta conductual consiste en los cambios observables que presenta un individuo en su conducta durante un momento emocional, la cual puede medirse a través de el tiempo de persistencia, y frecuencia (Martín & Pear, 2008)
- Definición Operacional: Las respuestas de los usuarios a los test de Zung y Beck (puntuaciones que indiquen síntomas leves: Beck: a partir de 10 puntos; Zung: puntuación bruta a partir de 40, SDS a partir de 50)

Características de la Muestra

Muestreo: Frecuentemente, para obtener la muestra a una población, se buscan ámbitos clínicos. Dada la pandemia que se desató en el año 2020, se buscaron alternativas en línea. Hay estudios donde se pretende correlacionar el uso de ciertas redes sociales y su contenido con trastornos de la conducta.

El muestreo de este estudio fue accidental por cuota a través de redes sociales

Criterios de inclusión:

- Mayoría de edad

- Presentar síntomas depresivos asociada con la situación pandémica mundial
- Disponibilidad para tomar 8 sesiones en línea con acceso a internet y aplicaciones de videollamada tales como: Zoom, Teams, Google Meet. Conocimiento básico de Google Docs para seguir formatos.
- Vivir en Ciudad de México

Criterios de exclusión:

- Haber presentado cuadros depresivos o de ansiedad anterior a este episodio
- Haber presentado cuadros TAB o de algún otro trastorno mental
- Menores de edad
- Uso de sustancias
- No vivir fuera de México

Se les explicó a los sujetos que es una investigación sobre depresión, y se les pidió llenar la escala de auto administración de Zung y el Inventario de Depresión de Beck tanto al inicio de la intervención terapéutica como al final de ésta. El modelo terapéutico a utilizar será la terapia cognitiva para la depresión propuesta por Beck (1995)

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

DISEÑO DE ESTUDIO

Diseño no experimental, transversal, descriptivo.

Diseño cualitativo exploratorio.

Se utilizó una muestra de 30 personas que fueron contactadas a través de redes sociales. Esta fue una forma novedosa de reclutar voluntarios pues hay diversos estudios que pretenden delinear el perfil psicopatológico del usuario promedio de redes sociales (Fernández, 2013). Participaron: 16 mujeres, 14 hombres, y 5 sujetos que abandonaron el tratamiento por cuestiones personales (y cuyas mediciones no se incluyeron)

Es un estudio transversal pues se monitoreará a los sujetos durante todo el tratamiento, el cual se proporcionará a través de 8 sesiones cuya duración de cada una será de 50 minutos.

INSTRUMENTOS

- Inventario de Depresión de Beck II
- Escala autoadministrable de Depresión de Zung

PROCEDIMIENTO

Se realizó una valoración inicial la cual consistió de varios pasos: primeramente, se concertó una cita con duración promedio de 1 hora con cada uno de los potenciales participantes para realizar una entrevista clínica así como la aplicación del Inventario de Depresión de Beck así como de la Escala de Depresión de Zung.. Posteriormente, en dicha entrevista, se investigó si la persona tenía a) había tenido episodios de depresión o ansiedad anteriores, b) cuadros de manía actualmente o en el pasado c) edad del participante, d) abuso de sustancias, e) intentos suicidas anteriores así como intenciones de suicidarse en el momento de

la entrevista y f) lugar de residencia – de esta forma considerando los criterios de exclusión.

En caso de cumplir con los criterios de inclusión, se concertaba una segunda cita con duración aproximada de 2 horas para realizarles la invitación formal a participar al estudio explicando la estructura y objetivos del tratamiento psicológico así como las actividades inherentes al protocolo de intervención para el tratamiento de la depresión.

Si el paciente aceptaba la invitación, se le proporcionaba el consentimiento informado, en donde se detallaban las características del estudio. Este documento requería la firma del paciente. En el caso de que los síntomas de depresión fueran de moderados a severos, el paciente se comprometía a acudir a apoyo psiquiátrico.

En los casos en los que el paciente no cumplía con los criterios de inclusión o que abiertamente el paciente declinara la invitación, se les derivaba a instituciones públicas en la Ciudad de México para el manejo clínico de su cuadro.

Los pacientes que decidieron participar y que cumplían con los criterios de inclusión recibieron a) primeros auxilios psicológicos de acuerdo con el esquema de Slaikeu (1996) para posteriormente recibir intervención psicológica de corte cognitivo conductual con la intención de trabajar principalmente los síntomas cognitivos de la depresión y, de forma indirecta, los síntomas emocionales.

Se presenta la estructura de la intervención y los principales componentes de acuerdo con la Terapia de Resolución de Problemas (Nezu et al, 2004) .

Tabla 4*Estructura de intervención psicológica*

Sesión	Actividad	Instrumentos	Objetivo
1	Psicoeducación	Video sobre síntomas de la depresión	Conocer las manifestaciones de la depresión
2	Establecer metas del tratamiento	Registro de estados emocionales	Trazar metas como disminuir el pensamiento disfuncional, mejorar la capacidad de resolución de problemas e incrementar habilidades de autocontrol
3	Disminuir el pensamiento disfuncional	Texto sobre distorsiones cognitivas y esquemas negativos	Saber identificar qué pensamientos automáticos inciden en la aparición de los síntomas depresivos
4	Reestructuración cognitiva	Texto sobre distorsiones cognitivas	Clasificar los pensamientos automáticos y proponer pensamientos positivos realistas
5 y 6	Resolución de problemas	Estrategia de resolución de problemas	Cambiar la orientación del problema y generar posibles soluciones
7 y 8	Habilidades de autocontrol	Psicoeducación: Automonitoreo, autoevaluación y auto refuerzo de conductas	Identificación de reforzadores de conductas
9 y 10	Habilidades sociales	Psicoeducación: importancia de las habilidades sociales	Relaciones sociales como refuerzo positivo

Sesión 1: Psicoeducación

Cada uno de los pacientes recibía psicoeducación con respecto a la sintomatología (cognitiva, física y conductual) de la depresión, su posible etiología y su pronóstico siempre y cuando se siguieran ciertos lineamientos. Asimismo, se les proporcionaba información con respecto a la estructura de la intervención y por qué se le llamaba cognitiva-conductual. Se resolvían dudas.

Sesión 2: Establecer metas del tratamiento

Se les explicaba a los pacientes la importancia de tener objetivos clínicos como disminuir el pensamiento disfuncional, optimizar la capacidad de resolución de problemas, mejorar las habilidades de autocontrol así como reforzar las habilidades sociales. Sin embargo, ellos mismos tenían que aterrizar estos objetivos en un plano personal: qué aspectos de su vida estaba siendo afectado por la manifestación de síntomas depresivos y su posible consecuencia de no atender oportunamente dichos síntomas. Se les compartió información con respecto al rol que tienen los pensamientos en la incidencia de síntomas depresivos y por tanto los llamamos pensamientos disfuncionales.

Sesión 3: Disminuir el pensamiento funcional

Se les pedía identificar los pensamientos que surgían a partir de algún evento en el que se generaban emociones de tristeza. Registraban las emociones y la intensidad de cada una de ellas. Se les proporcionaba información sobre cómo todos los seres humanos tendemos a distorsionar nuestros juicios cuando las

emociones nos abruman y se les entrenaba en identificar distorsiones cognitivas (Beck, 1995)

Sesión 4: Reestructuración cognitiva

A partir de la identificación de pensamientos distorsionados, se le animaba a la persona a generar pensamientos positivos realistas y flexibles en contraposición a los pensamientos inicialmente generados al calor de la emoción.

Sesión 5 y 6: Resolución de problemas

Los objetivos principales en esta área es mejorar la orientación del problema, es decir, aprender a percibir un problema sin dudar de la capacidad propia para hacerle frente y, por otro lado, utilizar la estrategia básica de resolución de problemas (Nezu, 2005):

- a) Identificar el problema y la meta
- b) Generar potenciales soluciones a través de una lluvia de ideas
- c) Elegir la mejor opción considerando costos beneficios de dicha elección
- d) Implementar solución y verificar resultados

Sesión 7 y 8: Habilidades de autocontrol

Se le explicaba al paciente la importancia de los 3 elementos básicos del autocontrol: automonitoreo, autoevaluación y auto refuerzo a través de a) registros de eventos y estados emocionales asociados, b) establecer metas accesibles relacionadas con actividades positivas y c) identificar reforzadores (recompensas) que mantengan estados emocionales favorables.

Sesión 9 y 10: Habilidades sociales

Se le explica al paciente que la red de apoyo social es un potente recurso para evitar recaídas de los síntomas depresivos, por lo que resulta importante mantener relaciones interpersonales sanas, de auto respeto, respeto hacia los demás y duraderas. Se le impulsa a participar en actividades sociales que mejoren la cantidad y la calidad de las interacciones con otras personas. Asimismo, constantemente se evalúan áreas como comunicación, asertividad, toma de decisión, autocontrol cognitivo ya que éstas resultan fundamentales en el desarrollo de comportamientos prosociales.

Resultados

El objetivo de la presente investigación fue conocer la eficacia clínica de un programa de intervención mixto que incluía primeros auxilios psicológicos y técnicas cognitivo-conductuales para reducir el impacto de la crisis psicológica que usuarios de redes sociales en México reportaron y por lo que decidieron utilizar los servicios terapéuticos ofrecidos.

La presentación de resultados se expone en dos fases, las cuales son:

1. Análisis estadístico de las diferencias entre un pre test y un post test
2. Descripción sociodemográfica

Escala de Depresión de Zung

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el post, ($t=8.796$), g.l. = 29, $p=.00$, por lo que se acepta la Hipótesis 1.

La media de mi muestra al inicio de mi intervención fue de 65.33 y posterior a mi intervención, la media disminuyó a 52.2.

Escala de Depresión de Beck

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el pre y el post, ($t=6.4856$, g.l. = 29, $p=.00$, por lo que se aceptado la Hipótesis 2.

La media de la muestra al inicio de mi intervención fue de 35.23 y, posterior a la intervención, la media disminuyó a 15.33.

Tabla 5

Comparación de resultados test – post test con Beck

	Beck	Beck
	Pretest	Posttest
Promedio	35.23	15.33
Desviación Estándar	20.1420	8.8135
Varianza	405.7022	77.6181
Estadístico t	6.4856	
P(T<=t) dos colas	$p<.05$	

Tabla 6

Comparación de resultados test – post test con Zung

	Zung	Zung
	Pretest	Posttest
Promedio	65.33	52.2
Desviación Estándar	8.8213	8.3062
Varianza	77.8160	68.9931
Estadístico t	8.7962	
P(T<=t) dos colas	$p<.05$	

Algunos sujetos presentaban sintomatología moderada y severa, por lo que por protocolo clínico se derivaron a tratamiento farmacológico, lo que permitió un mejor pronóstico en los casos.

DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Tabla 7

Datos sociodemográficos por sexo

	Hombres	Mujeres
Edad promedio	39.8	31.5
Desviación Estándar (edad)	12.45	10.68
Años de escolaridad Promedio	20.7	19.37
Años de escolaridad (Desv. Estándar)	2.36	2.5

Tabla 8

Rango de edades por sexo

Rango de edad	Hombres	Mujeres
18 – 25	3	8
26 – 30	1	0
31 – 40	3	2
41 – 50	5	4
51 - 60	2	2
Total	14	16

Tabla 9

Puntuaciones de Escala de Zung – Beck por sexo (femenino)

	Zung Pretest	Zung Post test	Beck Pretest	Beck Post test	Años Escolares
1.	70	53	59	15	16
2.	80	68	60	25	16
3.	55	48	15	10	21
4.	62	42	25	11	21

5.	70	59	58	12	21
6.	75	50	59	11	21
7.	75	45	60	8	21
8.	78	50	62	13	16
9.	57	40	15	5	15
10.	58	55	12	12	21
11.	56	40	15	9	16
12.	77	62	55	28	21
13.	58	55	14	10	21
14.	62	48	20	6	21
15.	71	60	60	25	21
16.	65	50	25	12	21
Promedio	66.8125	51.5625	38.375	13.25	19.375

Tabla 10

Puntuaciones de Escalas Zung – Beck por sexo (masculino)

	Zung Pretest	Zung Post test	Beck Pretest	Beck Post test	Años escolares
1.	55	40	16	12	21
2.	72	60	40	26	21
3.	70	65	50	35	21
4.	54	48	15	12	21
5.	68	63	27	18	21
6.	63	50	18	10	21
7.	60	55	22	13	21
8.	50	45	12	9	21
9.	52	40	13	8	15
10.	80	48	60	42	14
11.	72	68	58	25	21
12.	61	58	26	13	21
13.	62	51	26	12	21
14.	72	50	60	13	21
Prom	63.6428571	52.9285714	31.6428571	17.7142857	20.07

Como se puede apreciar en las tablas 1, 3 y 4, las mujeres son las que experimentaron en promedio con más intensidad los síntomas que los hombres, por

lo que indica que los sujetos de sexo femenino jóvenes son más proclives a presentar síntomas de depresión y ansiedad que los sujetos de sexo masculino, tal y como Lara-Tapia (2004) concluyó a través de un estudio sobre depresión mayor en pacientes ambulatorios.

Tabla 11

Valores de la EAMD (Zung)

	Pre- test	Post test	Sexo
1.	55	40	M
2.	72	60	M
3.	70	65	M
4.	54	48	M
5.	68	63	M
6.	63	50	M
7.	60	55	M
8.	50	45	M
9.	52	40	M
10.	80	48	M
11.	72	68	M
12.	61	58	M
13.	62	51	M
14.	72	50	M
15.	70	53	F
16.	80	68	F
17.	55	48	F
18.	62	42	F
19.	70	59	F
20.	75	50	F
21.	75	45	F
22.	78	50	F
23.	57	40	F
24.	58	55	F
25.	56	40	F
26.	77	62	F
27.	58	55	F
28.	62	48	F
29.	71	60	F

30.	65	50	F
-----	----	----	---

Tabla 12*Valores BDI-II*

	Pretest	Post test	Sexo
1.	16	12	M
2.	40	26	M
3.	50	35	M
4.	15	12	M
5.	27	18	M
6.	18	10	M
7.	22	13	M
8.	12	9	M
9.	13	8	M
10.	60	42	M
11.	58	25	M
12.	26	13	M
13.	26	12	M
14.	60	13	M
15.	59	15	F
16.	60	25	F
17.	15	10	F
18.	25	11	F
19.	58	12	F
20.	59	11	F
21.	60	8	F
22.	62	13	F
23.	15	5	F
24.	12	12	F
25.	15	9	F
26.	55	28	F
27.	14	10	F
28.	20	6	F
29.	60	25	F
30.	25	12	F

Asimismo, el promedio de años de estudios para hombres fue de 20.7, mientras que de mujeres fue de 19.37, ambos grupos predominantemente universitarios, con buen pronóstico; parece haber una relación entre el nivel

educativo y la remisión de los síntomas depresivos, tal como lo reportan Bjelland et al (2008) así como Lara-Tapia et al (1974) en donde se ve que un posible factor protector y predictor de buen pronóstico puede ser el nivel de estudios.

Discusión

El muestreo por cuotas (Hernández-Sampiero, et al, 2014) debe cumplir ciertas características, como el realizar tal procedimiento en un lugar público – en este caso una red social, ya que acudir a un lugar público resultó imposible por la emergencia sanitaria por COVID 19 – así como cubrir la cuota de personas de acuerdo con ciertos criterios sociodemográficos. Este estudio utilizó un muestreo por cuotas porque no sólo se pudo completar fácilmente un número significativo de personas a través de una red social (Facebook) sino que también eran personas que cumplían con un requisito muy importante: cumplir con los criterios clínicos – ellos a sí mismos, se percibían con diferentes grados de malestar psicológico y físico – así como y tener la motivación de iniciar y completar un tratamiento; esto último permitió que voluntariamente sólo 3 personas abandonaran el estudio. Asimismo, gracias a la segmentación de poblaciones que se puede realizar en dicha red social, la muestra resultó similar en número entre hombres y mujeres y con años de escolaridad muy similar – entre 20 y 19.

Cabe resaltar que este estudio se llevó a cabo en un momento coyuntural de cómo se vivió la pandemia en México: a pesar de que en esos meses (junio, julio y agosto) la enfermedad no había alcanzado uno de sus picos más letales de contagio – como lo fue en diciembre de 2020 -, existía entre la población una gran incertidumbre en cuanto a las formas posibles de contagio, la posibilidad de una

vacuna y el fin de la cuarentena y el aislamiento voluntario (Santillán, 2021). Asimismo, de acuerdo con Santillán (2021) los trastornos que predominante se manifestaron durante esta pandemia fueron:

- Estrés agudo: A causa de la exposición a sucesos traumáticos ya sea riesgo a la muerte, lesión grave o violencia sexual así como personas que hayan presenciado detalles repulsivos de sucesos traumáticos.
- Duelo patológico: cuando se viven situaciones en las que personas cercanas mueren aún sin haber tenido elementos de riesgo importante o inclusive por otros tipos de pérdida tales como desempleo, y/o disminución de la capacidad adquisitiva,.
- Trastorno depresivo moderado o grave: especialmente en pacientes que ya habían presentado por lo menos un episodio de depresión en su vida
- Estrés postraumático
- Conductas asociadas al suicidio

Con respecto a los pacientes con severidad grave de síntomas, podemos apreciar 8 mujeres (de 16 en total) y 4 (de 14 en total) percibían como graves sus síntomas depresivos y, al realizar una evaluación clínica, todos los casos habían presentado conductas parasuicidas anteriormente, por lo que se decidió trabajar de forma conjunta con psiquiatría – servicio que tuvieron que buscar por su cuenta, tal y como está estipulado en el algoritmo de atención de la depresión en las Guías Clínicas. Cabe mencionar que ninguno de los casos estudiados reportó conductas de autolesión durante el tratamiento.

Es importante destacar que los pacientes tuvieron una adherencia al tratamiento, logrando así la finalización del mismo y su seguimiento. Por adherencia entendemos la medida en que la conducta de un paciente se apegue a las recomendaciones del profesional sanitario con respecto a toma de medicación, seguimiento de una dieta o modificación de hábitos de vida (Dilla et al, 2009). Asimismo, esta autora y sus colaboradores, encontraron diferentes estrategias enfocadas al paciente que coadyuvaban a la adherencia al tratamiento – educativas, apoyo social/familiar, conductuales y técnicas - , de los cuales, en estas intervenciones se llevó a cabo:

- d) Educativas: a través de información individualizada comunicándole al paciente su puntuación en las escalas de depresión, técnicas a utilizar, duración del tratamiento y etapas del tratamiento. En el encuadre inicial, se les informó que en caso de cancelaciones frecuentes o sin aviso oportuno – 24 horas de anticipación -, se daba por terminado el tratamiento.
- e) Conductuales: a través de Google calendar, se les enviaba a todos los participantes del estudio un recordatorio de su cita con una semana, dos días y 5 horas de anticipación, dándoles la oportunidad de cancelar oportunamente en caso de que fuera estrictamente necesario.

En un estudio realizado por Castro et al (2020), realizaron la revisión sistemática y meta análisis de estudios en los que se administró psicoterapia vía

telefónica en pacientes con depresión, encontrando una alta adherencia y eficacia comparado con psicoterapia en modo presencial.

Este estudio resulta importante para evaluar la eficacia clínica de las intervenciones en crisis. En la mayor parte de la bibliografía encontrada, los autores se limitan a realizar una revisión bibliográfica sin evaluar las intervenciones a corto, mediano y largo plazo. Cabe mencionar los esfuerzos de investigadores como Alonso, et al (2004), Castro, et al (2004), Frías (2010), Reyes (2018) entre otros, en cuyos estudios ha habido una medición objetiva de los resultados a través de instrumentos clínicos y del auto-reporte; en el caso de Reyes (2018), existió un seguimiento de los pacientes hasta 3 meses después de la intervención.

El tratamiento en esta investigación mostró ser clínicamente significativo al otorgar el tratamiento justo en el momento en que los sujetos percibían que era necesario, sin embargo, se sugiere que para futuros estudios, se creen grupos de control y experimental para diferir el tiempo de impartición de dicha ayuda y ver cómo el factor tiempo influye en los resultados.

Se sugiere de igual forma realizar investigación sobre qué factores predisponen a sufrir el trastorno desadaptativo así como el trastorno depresivo mayor en situaciones de emergencia. Fernández et al (2012) investigaron la diferencia que hay entre pacientes que presentan trastorno de adaptación con antecedentes de trastornos mentales y con pacientes que no los presentan. El pronóstico de las personas sin antecedentes de trastornos mentales es mucho mejor a pesar de que la percepción subjetiva del estrés propio es mucho más alto que en las personas que sufren de algún trastorno por ansiedad. Un tema

sumamente importante es que los médicos generales sólo pudieron identificar un 2% de 110 casos de trastorno por adaptación aún utilizando la Entrevista Clínica Estructurada del DSM. 37% tenía por lo menos una prescripción farmacológica. Por lo anterior, los autores concluyeron que el trastorno desadaptativo pertenece a una categoría intermedia entre la carencia de trastorno mental y los desórdenes afectivos.

Sugerencias

En investigaciones futuras, se necesita crear intervenciones que tomen en cuenta:

- a) el contexto sociocultural – laboral – económico de la mayoría de la población en México: personas que a pesar de las recomendaciones gubernamentales, les resultaba imposible quedarse en casa: taxistas, comerciantes ambulantes, empleados en tiendas de suministros básicos entre otros.
- b) Correlacionar factores psicosociales específicos con gravedad de los síntomas desadaptativos: pérdida de empleo, riesgo percibido de contagio, número de días en aislamiento, violencia intrafamiliar durante el aislamiento y así como crear una intervención de acuerdo con éstos, midiendo la eficacia clínica de la intervención.
- c) Cuando las condiciones de salud lo permitan, comparar la intervención proporcionada online con la presencial para ver si existen diferencias estadística y clínicamente significativas. Ha habido investigaciones con respecto a la eficacia de llevar a cabo una intervención terapéutica vía telefónica, en donde se vio que los pacientes que más se benefician son

aquellos que tienen una alta motivación y síntomas leves (Brenes, 2012). Asimismo, Mohr et al (2008) realizaron un meta análisis evaluando la eficacia clínica de la intervención terapéutica con pacientes deprimidos vía telefónica comparándola con la modalidad presencial, encontrando a ambas altamente eficaces y en algunas ocasiones, la reducción de los síntomas depresivos era mayor a través de la modalidad telefónica.

- d) Seguimiento a los casos después de 3 ó 6 meses, ya que, a pesar de que la crisis inicial se resolvió, la pandemia posa grandes retos de índole laboral, económica, interpersonal y de mantenimiento de la salud para la mayoría de los seres humanos.
- e) Trazar un perfil psicopatológico por sexo, edad y número de horas de uso diario para cada una de las redes sociales más populares hasta el momento (Facebook, LinkedIn, TikTok) para conocer la proclividad clínica de cada grupo durante esta época pandémica. Boland y Anderson (2019) encontraron existen varios moderadores entre el uso de las redes sociales (objetivos, tiempo dedicado) y características psicopatológicas de la personalidad, utilizando varias escalas de auto reporte que medían personalidad, auto-estima y conductas asociadas al uso de redes sociales: se concluyó que puntuaciones altas en la afectividad negativa y el antagonismo predicen mayor vulnerabilidad al mal uso de las redes sociales.
- f) Evaluar la actitud hacia la psicoterapia después de realizar esta intervención. Algunos pacientes percibieron los servicios como muy satisfactorios, sin embargo, de no haber sido por la contingencia ambiental, probablemente nunca hubiera recurrido a un psicólogo. En un estudio realizado en Suiza

(Lauber et al, 2005), se encontró que en ciertas zonas del país hace falta mucha orientación con respecto a qué hace la psicoterapia para casos específicos, como la depresión y la esquizofrenia: en algunas áreas se rechazaba el poder de la psicoterapia mientras que en otras, era bienvenida.

- g) Averiguar cuáles son los esquemas de afrontamiento al estrés en la población mexicana joven, ahora llamados “millennials”, nacidos dentro del período 1980-2000, usualmente caracterizados por su amplio acceso a la tecnología (Rainer & Rainer, 2011). Se ha encontrado que los miembros de esta generación tiende a tener un narcisismo más alto que sus contrapartes de otras generaciones. Stewart & Bernhardt (2010) realizaron un estudio comparativo con alumnos de licenciatura dentro del período 2004-2008 con el perfil que mostraban los alumnos del mismo nivel dentro del período 1987-1990, utilizando la misma escala que se utilizó en su momento: el Inventario Psicológico de California (CPI, por sus iniciales en inglés), el cual mide salud psicológica, recursos disponibles para el logro, control de impulsos, bienestar y satisfacción así como narcisismo. Asumiendo las limitaciones por el tipo de muestreo no probabilístico por cuota, se vio una tendencia en las nuevas generaciones a tener un menor control de impulsos así como un mayor narcisismo. Sería interesante ver cómo los “millennials” mexicanos tienden a afrontar el estrés, sobre en todo en tema como lo es una emergencia sanitaria. Oosterhoff & Palmer (2020) evaluaron los factores psicológicos asociados a conductas de autocuidado en las primeras etapas de confinamiento y medidas sanitarios en los Estados Unidos en una muestra por conveniente de 789 adolescentes dentro del rango de edad de 13 a 18

años, la mayoría pertenecientes a una clase media alta y con amplio poder adquisitivo. Los resultados muestran que las creencias de los adolescentes sobre la severidad del virus, el grado de importancia que le otorgaban a la responsabilidad social, y su priorización de actividades de su propio interés no tenía relación con acciones como el monitoreo de noticias, distanciamiento social, acciones preventivas contra la infección y el abastecimiento compulsivo de mercaderías por lo menos en la etapa en la que en el país se declaró emergencia nacional. Se vieron algunas relaciones como: a mayor responsabilidad social, mayores conductas de prevención de infección y menor abastecimiento de emergencia compulsivo.

REFERENCIAS

- Acevedo, A., Romel, C. (2014). Propuesta de intervención clínica cognitivo-conductual para personas que enfrentan problemas psicosociales. *Tesis Psicológica*, 9(1),156-171.[fecha de Consulta 28 de Octubre de 2020]. ISSN: 1909-8391. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1390/139031679013>
- Aguirre Baztán, Ángel. (2008). Antropología de la depresión. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 8(3), 563-601. Recuperado el 01 de octubre de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300002&lng=pt&tlng=es.

- Aloe, L., Rocco, M. L., Balzamino, B. O., & Micera, A. (2015). Nerve Growth Factor: A Focus on Neuroscience and Therapy. *Current Neuropharmacology*, 13(3), 294–303.
<https://doi.org/10.2174/1570159x13666150403231920>
- Alonso, F(1988) . *La Depresión y su diagnóstico*. Barcelona, Editorial Labor
- Martínez, C., Alonso, C., Castro, P., Álvarez, P., Oviedo, C., Ellwanger, J. (2004). Efectividad de la técnica de intervención en crisis (IC) en un servicio de urgencia de un hospital general. *Terapia Psicológica*, 22(2),177-184.[fecha de Consulta 9 de Diciembre de 2021]. ISSN: 0716-6184. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522209>
- Álvarez, J. (2011) “Reporte del Programa de Intervención en Crisis de la Facultad de Psicología de la UNAM: Una Propuesta de Atención Psicosocial”. Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología Clínica. Ciudad de México: UNAM
- American Psychological Association. (2013). *Guidelines for the practice of telepsychology*. <http://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. American Psychiatric Publishing
- Barlow, D. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. The Guilford Press

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press
- Beck, A. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Beck, A., Steer, R., Ball, R., Ranieri, W. (1996). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 117-128.
- Beck, A. T. (2002). Cognitive models of depression. In R. L. Leahy & E. T. Dowd (Eds.), *Clinical advances in cognitive psychotherapy: Theory and Application* (pp. 29–61). Springer Publishing Co.
- Beck, A. (2008) The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8):969–77.
- Bellak, L., Small, L. (1980) *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. Manual Moderno
- Bellak, L. y Siegel, H., (1986) *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. Manual Moderno
- Beltrán, M., Freyre, M., y Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Berenzon, S., Asunción, M., Robles, R., y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de

acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>

- Beutler, L. (2009). Making Science Matter in Clinical Practice: Redefining Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 16. 301 - 317. 10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A., Tell, G., Tambs, K. (2008). Does higher education protect against anxiety and depression? The HUNT Study. *Social Science & Medicine* (1982). 66. 1334-45. 10.1016/j.socscimed.2007.12.019.
- Bloom, C., Holly, S. (2011). Toward new avenues in the treatment of nonsuicidal self-injury. *Journal of Pharmacy Practice*, 24, 472–477. doi:10.1177/0897190011422877
- Boland, J., Anderson, J. (2019). The Role of Personality Psychopathology in Social Network Site Behaviors. *Personality and Individual Differences*. 151. 10.1016/j.paid.2019.109517.
- Brenes, G., Ingram, C., y Danhauer, S. (2011). Benefits and Challenges of Conducting Psychotherapy by Telephone. *Professional Psychology, Research and Practice*, 42(6), 543–549. <https://doi.org/10.1037/a0026135>
- Calderón, G. (1990) Depresión: Causas, *Manifestaciones y Tratamiento*. Trillas.

- Canadian Psychological Association (2018). Outcomes and Progress Monitoring and Psychotherapy. Report of the CPA Prepared by the Task Force on Outcomes and Progress Monitoring in Psychotherapy. Obtenido de: https://cpa.ca/docs/File/Task_Forces/Treatment%20Progress%20and%20Outcome%20Monitoring%20Task%20Force%20Report_Final.pdf
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic books.
- Carta, M., Balestrieri, M., Murru, A., y Hardoy, M. (2009). Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* : CP & EMH, 5, 15. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-15>
- Casey, P., Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*. 10(1), 11–18. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00003.x>
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J., Dalgard, O, y Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders*, 92(2-3), 291–297. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.01.021>
- Castro, A., Gili, M. Ricc-Cabello, I., Roca, M., Gillbody, S., Pérez-Ara, M., Seguí, A., McMillan, D. (2020) Effectiveness and adherence of telephone-administered psychotherapy for depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260(1):514-526
- Castro, P., Álvarez, P., Oviedo, C., Ellwanger, J. (2004). Efectividad de la técnica de intervención en crisis (IC) en un servicio de urgencia de un hospital

general. *Terapia Psicológica*, 22(2),177-184.[fecha de Consulta 3 de Noviembre de 2020]. ISSN: 0716-6184. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=785/78522209>

Cortés, N., Piñeiro, R., Vuelvas, C. (2020). Psychological Effects and Associated Factors of COVID-19 in a Mexican Sample. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. DOI: 1-27. 10.1017/dmp.2020.215.

Chu W. M. (2013). Tumor necrosis factor. *Cancer letters*, 328(2), 222–225.

<https://doi.org/10.1016/j.canlet.2012.10.014>

Coryell, W., Winokur, G., Maser, J. D., Akiskal, H. S., Keller, M. B., y Endicott, J. (1994). Recurrently situational (reactive) depression: a study of course, phenomenology and familial psychopathology. *Journal of Affective Disorders*, 31(3), 203–210. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(94\)90030-2](https://doi.org/10.1016/0165-0327(94)90030-2)

Demetriou, C., Özer, B. y Essau, C. (2015). Self-Report Questionnaires.

10.1002/9781118625392.wbecp507.

Demetriou, C., Ozer, B., y Essau, C. (2015). Self-report questionnaires. En R.

Cautin, R. y Lilienfeld, S. (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology*.

John Wiley & Sons, Inc.

Dilla, T., Valladares, A, Lizán, L., Sacristán, J. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*.

41(6):342-348

- Domínguez. B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S., Cruz, A. y González, L. (2002) *Manuel para el taller teórico práctico del manejo del estrés*. Plaza y Valdez
- Domínguez-Varela, I. (2020). High mortality among health personnel with COVID-19 in Mexico. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 15(4), E20-E21. doi:10.1017/dmp.2020.382
- Eaton, W., Shao, H., Nestadt, G. (2008) Population-based Stud of First Onset and Chronicity in Mejor Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*.65(5):513-520
- Ebell, M. (2008) Screening instruments for depression. *American Family Physician*. 78(2):244-6. PMID: 18697510.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., Polo-López, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(3),247-256.[fecha de Consulta 10 de Diciembre de 2021].
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798006>
- Egozcue, M. (2006) *Primeros auxilios psicológicos*. México: Paidós
- Feighner, J., Robins, E., Guze, S., Woodruff, R., Winokur, G., Y Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57–63.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750190059011>

Fernández, A., Mendive, J., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J., Pinto-Meza, A., Haro, J., Palao, D., Bellón, J., Serrano-Blanco, A., e investigadores del DASMAP. (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry : the journal of mental science*, 201, 137–142.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096305>

Ruiz, M, Díaz, M., y Villalobos, A. (2012) *Manual de Técnicas de Intervención cognitivo – conductuales*. Desclée de Brower

Fernández, N. (2013) Trastornos de conducta y redes sociales en Internet. *Salud Mental*. 2013;36(6):521-527.

Flores, E., Terán, V., González, J. (2015) Síntomas residuales de la depresión: terapias coadyuvantes: *Salud Mental*. 38 (1), 67-75.

Frías, A. (2010) *Manual de Intervención en Crisis de Ansiedad Vía Internet* [Informe de Prácticas Profesionales licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]

Gajewski, B. (2003). A Systematically Tested Intervention for Managing Reactive Depression. *Nursing Research*, 52(6), 401-409.

Galindo-Vázquez, O., Ramírez-Orozco, M., Costas-Muñiz, R., Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gaceta Medica de Mexico*. 2020 ;156(4):298-305. DOI: 10.24875/gmm.20000266.

- Gillespie, R. (1930) The Clinical Differentiation of Types of Depression. *Guy's Hospital Reports*. 79:306-344
- Glasner-Edwards, S., y Mooney, L. (2014). Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS drugs*, 28(12), 1115–1126.
<https://doi.org/10.1007/s40263-014-0209-8>
- Glass, R. (1985). Situational and Neurotic-Reactive Depression. *Archives of General Psychiatry*, 42(11), 1126-1127.
- González, P., Martínez, J., Hernández-Gonzalez, M., De la Roca-Chiapas, J., Psychological Distress and Signs of Post-Traumatic Stress in Response to the COVID-19 Health Emergency in a Mexican Sample. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 589-597
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S259563>
- Harlé, K., Shenoy, P., y Paulus, M. (2013) The influence of emotions on cognitive control: feelings and beliefs—where do they meet? *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 508. doi: 10.3389/fnhum.2013.00508
- Hernández-Sampieri, R. et al. (2014) *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill
- Herrera, E., Cañas, D. (2020) El Estrés Postraumático como Precursor de Daños en Salud Mental y Cognición en Víctimas de Violencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 16(2), 311-232
<https://doi.org/10.15332/22563067.6297>
- Hirschfeld, R. (1981). Situational depression: Validity of the concept. *British Journal of Psychiatry*, 139(4), 297-305. <https://doi.org/10.1192/bjp.139.4.297>

- Hirschfeld, R., Klerman, G., Andreasen, N., Clayton, P., Keller, M.. Situational Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1985;42(11):1109–1114. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790340093013
- Horwitz, A., Wakefield, J., Lorenzo, L. (2016). History of Depression en *The Oxford Handbook of Mood Disorders* (pp. 1-24) Oxford University Press DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2015): Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto en *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS 161-09*, Pp 16-19
- Instituto Nacional de Psiquiatría: Guía Clínica. *Depresión*. Vol. o No. 376, 1998.
- Jacobsen, P., Peters, E., Robinson, E.J. et al. Mindfulness-based crisis interventions (MBCI) for psychosis within acute inpatient psychiatric settings; a feasibility randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 20, 193 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02608-x>
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R., Andrews, B. Crisis support in the aftermath of disaster: a longitudinal perspective. *British Journal of Clinical Psychiatry*, 32(2):177-85. doi: 10.1111/j.2044-8260.1993.tb01042.x. PMID: 8318935.
- Kheirandish, A., Kheirandish, E.(2016) Effectiveness of Lazarus Multimodal Therapy on Well-being and Hope among Residents of Nursing Homes. *Electronic. J Biol*, 12:3
- Kieholz, P. (1972) *Depressive Illness*, Hans Huber Publishers. Berna

- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., Chevron, E. (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Basic Books
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M., Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 158-164.
- Kramer, T., (2002) Endogenous Versus Exogenous: Still Not the Issue en *Medscape General Medicine*. 4(1), 2002 [formerly published in *Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal* 7(1), 2002].
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Mateu-Mollá, J., Sanz-Cruces, J., y García-Cuenca, I. (2016). El Riesgo Suicida y hostilidad en Hombres Diagnosticados de Trastorno Desadaptativo. *Revista de Investigación en Psicología Social*. 3(1) 5-13
- Lal, R., & Mackinnon, D. (2017). Adjustment Disorder. en *Johns Hopkins Psychiatry Guide*.
https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Psychiatry_Guide/787068/all/Adjustment_Disorder
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. en J. Norcross y M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94–129). Basic Books.
- Lanyon, R. y Goodstein, L. (1997) *Personality assessment* (3ª edición). Wiley.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. Rössler, W. (2005). Public attitude towards psychotherapy. *Neuropsychiatrie*. 19. 59-64.

- Lara-Tapia, H., Ramírez, L., Lara-Tapia, L. Algunas normas para la medición de la depresión. *Neuroogía, Neurocirugía y Psiquiatría*. 1976; 17(1): 5-15
- Lara-Tapia, H., Ramírez-Ramírez, L., Vargas, R. Índices de depresión en enfermos con tuberculosis pulmonar. *Salud Pública en México* 1974; 16: 71-8
- Lara, H. (2004) Depresión mayor y suicidio en un hospital general de tercer nivel en un sistema de seguridad social (ISSSTE). Un estudio de Tres AÑOS, *Revista de Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*. 37(2), 68-72.
- Lara, H. (2004). Epidemiología de la Depresión Mayor en un hospital general de seguridad social (ISSSTE). Un estudio de tres años 2000-2002, *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 2004; 37(1): 14-18.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., Rössler, W. (2005). Public attitudes towards psychotherapy. *Neuropsychiatrie*. 19(2): 59-64.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Lilienfeld, S., y Fowler, K.. (2006). The Self-Report Assessment of Psychopathy: Problems, Pitfalls, and Promises. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (p. 107–132). The Guilford Press.
- Lucas, R. (2018). Reevaluating the strengths and weaknesses of self-report measures of subjective well-being. In E. Diener, S. Oishi, y L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. DEF Publishers. DOI:nobascholar.com

Malt, U., Huyse, F., Herzog, T., Lobo, A., Rijssenbeek, A.,(1996) *Journal of Psychosomatic Research*. 41(5):451-63.

Martín, G., Pear, J. (2008) *Modificación de Conducta: Qué es y cómo aplicarla*. Pearson Educación

Mizushima, J., Sakurai, H., Mizuno, Y. et al. Melancholic and reactive depression: a reappraisal of old categories. *BMC Psychiatry* 13, 311 (2013).

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-311>

Mizushima, J., Sakurai, H., Mizuno, Y., Shinfuku, M., Tani, H., Yoshida, K., Ozawa, C., Serizawa, A., Kodashiro, N., Koide, S., Minamisawa, A., Mutsumoto, E., Nagai, N., Noda, S., Tachino, G., Takahashi, T., Takeuchi, H., Kikuchi, T., Uchida, H., Watanabe, K., ... Mimura, M. (2013). Melancholic and reactive depression: a reappraisal of old categories. *BMC psychiatry*, 13, 311.

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-311>

Mohr, D., Vella, L., Hart, S., Heckman, T., y Simon, G. (2008). The Effect of Telephone-Administered Psychotherapy on Symptoms of Depression and Attrition: A Meta-Analysis. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 15(3), 243–253.

<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00134.x>

Cruzblanca, H., Lupercio, P., Collas, J., y Castro, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47-58.

<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>

- Manne, S. L., Kashy, D. A., Rubin, S., Hernandez, E., y Bergman, C. (2012). Therapist and patient perceptions of alliance and progress in psychological therapy for women diagnosed with gynecological cancers. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(5), 800–810. <https://doi.org/10.1037/a0029158>
- Mori, N., Caballero, J. (2010). Historia Natural de la Depresión. *Revista Peruana de Epidemiología, 14*(2),86-90.[fecha de Consulta 22 de Noviembre de 2020]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2031/203119666002>
- Murphy, S., Irving, C., Adams, C., y Driver, R. (2012). Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *The Cochrane database of Systematic Reviews, 5*(5), CD001087. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub4>
- Navas, W., Vargas, M. (2015) Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula, 26*(2). 19-35
- Nezu, A., Nezu, C., Lombardo, E. (2006) *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo – Conductuales: Un enfoque basado en problemas*. El Manual Moderno.
- Nieto, R. , Iribarne, C. , Droguett, M. , Brucher, R., Fuentes, C. , y Oliva, P. (2017). Urgencias Psiquiátricas en el Hospital General. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28* (6). doi: 10.1016/j.rmclc.2017.09.004
- Nieuwsma, J., Trivedi, R., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D., y Williams, J. (2012). Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 43*(2), 129–151. doi:10.2190/PM.43.2.c

Oosterhoff, B., Palmer, C. (2020) Associated With News Monitoring, Social Distancing, Disinfecting, and Hoarding Behaviors Among US Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Pediatrics*, 174(12), 1184–1190.

<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1876>

Organización Mundial de la Salud (13 de septiembre de 2021). *Depresión*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Paykel, E. (2008). Basic concepts of depression en *Dialogues in clinical neuroscience*, 10(3), 279–289.

Pierce, B., Perrin, P., Tyler, C., McKee, G., Watson, J. (2021). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *The American psychologist*, 76(1), 14–25.

<https://doi.org/10.1037/amp0000722>

Poch, J., Avila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.

Raimer, T., Rainer, J. (2011). *The Millennials*. B&H Publishing Group.

Raphael, B., Minkov, C., & Dobson, M. (2001). Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, y H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp 587–612). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10436-025>

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>>

Restrepo-Martínez, M., Bernal, D. (2017). Del trastorno conversivo a los trastornos neurológicos funcionales. ¿Superando el diagnóstico por descarte?. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 48.10.1016/j.rcp.2017.10.005.

Reyes, A. (2018). *Estudio de Seguimiento a Tres Meses de Usuarios con Trastorno Depresivo Mayor y Conducta Suicida con un Modelo Breve en Intervención en Crisis Comparado con la Atención Habitual en el Servicio de Atención Psiquiátrica Continua (APC)*. [Tesis para obtener el diploma de especialista en Psiquiatría]. Ciudad de México: UNAM

Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O., Pina, J. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia psicológica*, 25(2), 135-140. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200004>

Rodríguez, F. (1999) Validez concurrente de los inventarios de depresión de Beck y Zung en personas deprimidas, [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]

Rodríguez, F. (2017) *Estilos de Afrontamiento y Respuestas Emocionales Cognitivas y Conductuales en Víctimas de Infidelidad: Aplicación de Una Intervención en Crisis Vía Telefónica en los Usuarios del Call Center*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]

- Rosenman, R., Tennekoon, V., Hill, L. (2011). Measuring bias in self-reported data. *International journal of behavioural & healthcare research*, 2(4), 320–332. <https://doi.org/10.1504/IJBHR.2011.043414>
- Rush, A., Trivedi, M., Carmody, T. Self-Reported Depressive Symptom Measures: Sensitivity to Detecting Change in a Randomized, Controlled Trial of Chronically Depressed, Nonpsychotic Outpatients. *Neuropsychopharmacology* 30, 405–416 (2005). <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300614>
- Sacco, P., Beck, A. (1995). Cognitive theory and therapy. En E. Beckham, W. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 329–351). Guilford Press.
- Sánchez, G. (2001) Comorbilidad Psicopatológica en la Depresión Mayor [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]
- Saveanu, R., Nemeroff, C. (2012). Etiology of depression: Genetic and environmental factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51–71. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.12.001>
- Santillán, C. (2021). El Impacto Psicológico de la Pandemia de COVID 19 en México. *Las Ciencias Sociales y el Coronavirus*, (1), 19-30
- Solares, B., Soto, T. (2012) Psicoterapia Breve de Emergencia Como Apoyo a Niños y Niñas Víctimas del Maltrato Infantil Que Asisten a la Procuraduría de los Derechos Humanos de la Ciudad Capital, Guatemala” [Tesis de licenciatura, Universidad de San Carlos de Guatemala]

- Stein D. (2018). Pharmacotherapy of adjustment disorder: A review. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 19(sup1), S46–S52.
<https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1492736>
- Schneider, K. (1920) Die Schichtung des emotionalen Lebens und der Aufbau der Depressionszustände. *Z Gesamte Neurol Psychiatr.* 59: 281-286.
10.1007/BF02901090.
- Shorter E. (2015). The history of nosology and the rise of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(1), 59–67.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación.* Manual Moderno
- Smolik P. (1999). Validity of nosological classification. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 1(3), 185–190.
- Stewart, K., Bernhardt, P. (2010). Comparing Millennials to pre-1987 students and with one another. *North American Journal of Psychology.* 12, 579-602.
- Uher, R., Perlis, R., Placentino, A., Dernovšek, M., Henigsberg, N., Mors, O., Maier, W., McGuffin, P., y Farmer, A. (2012). Self-report and clinician-rated measures of depression severity: can one replace the other?. *Depression and Anxiety*, 29(12), 1043–1049. <https://doi.org/10.1002/da.21993>

- Valderas, J., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., y Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 357–363. <https://doi.org/10.1370/afm.983>
- Verduijn, J. et al. (2015) Pathophysiology of major depressive disorder: mechanisms involved in etiology are not associated with clinical progression. *Transl Psychiatry* 5, e649 <https://doi.org/10.1038/tp.2015.137>
- Wang, D., Gupta, V. (2020) Crisis Intervention. En *Treasure Island*: StatPearls Publishing
- Winokur, G. (1985). The Validity of Neurotic-Reactive Depression: New Data and Reappraisal. *Archives of General Psychiatry*, 42(11), 1116-1122.
- Wernicke, R., Pearlman, M., Thorndike, F., y Haaga, D. (2006). Perceptions of depression among recovered-depressed and never-depressed individuals. *Journal of clinical psychology*, 62(6), 771–776.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20261>
- World Health Organization. (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 : Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
- Zung, W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*. 12(1):63–70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008