



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de psicología
División de investigación y posgrado

**La psicoterapia breve como recurso para la atención de la
depresión en empleados bancarios.**

TESIS
que para obtener el grado de
Maestra en Psicología Clínica

Presenta:
Griselda Soto Jaimes

Directora de tesis: Dra. María Emily Ito Sugiyama

Comité de tesis: Dra. Bertha Blum Grinberg
Mtra. Ana María Fabre y del Rivero
Mtra. Eva María Esparza Meza
Mtro. Vicente Zarco Torres



**Facultad de
Psicología**

México, D.F

Octubre 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Capítulo 1 Depresión	
1.1. Definición.....	4
1.2. Etiología.....	8
1.3. Factores asociados a la depresión.....	10
1.4. Epidemiología.....	16
1.5. Tratamiento.....	19
1.6. Evolución.....	22
1.7. Efectos de la depresión en el trabajo.....	23
Capítulo 2 La psicoterapia breve	
2.1. Definición de psicoterapia.....	27
2.2. Enfoques de la psicoterapia.....	27
2.3. ¿Por qué breve o de corta duración?	33
2.4. Antecedentes de la psicoterapia breve.....	34
2.5. Psicoterapia breve psicoanalítica.....	36
2.6. Psicoterapia breve cognitivo-conductual.....	46
2.7. Tratamientos integrados.....	49
Capítulo 3 Evaluación psicológica	
3.1. Introducción.....	51
3.2. Concepto de evaluación psicológica.....	52
3.3. Evaluación en psicología clínica.....	53
3.4. Evaluación de proceso y de los resultados del tratamiento....	57

Capítulo 4	Método	
4.1.	Objetivo.....	69
4.2.	Participantes.....	70
4.3.	Instrumentos.....	71
4.4.	Procedimiento.....	71
4.5.	Intervención.....	73
Resultados	82
Discusión	86
Sugerencias.....		88
Referencias.....		89
Apéndice 1	Lista de cotejo de los síntomas de depresión.....	94

Resumen

Se realizó una investigación de tipo evaluativa con el propósito de considerar si las 12 sesiones de psicoterapia breve con orientación psicodinámica y cognitivo-conductual disminuía los síntomas de la depresión unipolar en seis empleados bancarios (25-41 años, casados) que trabajaban en la Ciudad de México y que acudieron a consulta de enero de 2007 a marzo de 2011.

Durante el tratamiento se efectuaron tres evaluaciones (inicial, intermedia y final) mediante entrevista semiestructurada, expedientes clínicos y una lista de cotejo de síntomas de depresión. Los resultados muestran que este tipo de tratamiento reduce los síntomas de depresión en empleados bancarios y es estadísticamente significativa. El análisis cualitativo reveló que las dificultades en la relación de pareja eran los principales causas por las que acudieron a consulta. Los cambios más notables fueron sentirse capaces de solucionar sus problemas, dejar de autocompadecerse, responsabilizarse y emprender acciones para modificar su situación de vida y plantearse un proyecto a futuro. Asimismo se observó que la mayoría de los cambios se dieron durante las primeras seis sesiones, aunque fue necesario continuar trabajando otras seis para fortalecer los cambios logrados.

Palabras clave: psicoterapia breve, empleados bancarios, depresión, evaluación y salud laboral.

Abstract

An evaluative research was carried out with the purpose of estimating whether the 12 sessions brief psychotherapy (psycodinamics and cognitive-behavioral guided) diminished the symptoms of unipolar depression in six bank employees (25-41 years old, married) that worked in Mexico City and who went to consultation from January of 2007 to March of 2011.

During treatment, three evaluations were carried out (initial, intermediate and final) by means of semi-structured interview, clinical files and depression symptoms check lists. Results show that this kind of treatment reduces depression symptoms in bank employees in a statistically significant way. The qualitative analysis revealed that the main problems for which they went to consultation were difficulties in couple's relationship. The most notorious changes were feeling able to solve their problems, stop feeling sorry for themselves and overcome self-pity, to take the responsibility and to undertake actions to modify their situation of life and to think about a project aiming the future. Besides, most of changes took place during the first six sessions; nevertheless, it was necessary to go on working other six sessions to strengthen them.

Keywords: Brief psychotherapy, bank employees, depression, assesment and work health.

La psicoterapia breve como recurso para la atención de la depresión en empleados bancarios.

Introducción

Actualmente, la depresión es una de las primeras causas de discapacidad a nivel mundial y se calcula que para el 2020, será una de las principales causas por la que los empleados solicitaran incapacidad a las empresas (OMS, 2003).

Esta situación es preocupante debido a que la depresión cuesta varios miles de millones de dólares a las economías nacionales, pues genera gastos por consultas médicas, medicamentos, disminución en la productividad en el trabajo, se incrementan los días de ausentismo laboral y las jubilaciones por enfermedad. Se calcula que los costos medios anuales de los gastos médicos, farmacéuticos y de incapacidad, puede ser 4.2 veces más altos que los costos de un tratamiento, el cual es compensado por una reducción en el número de días de ausentismo laboral y pérdida de productividad en el trabajo (OMS, 2003; Pires, 2010 y Bruckner, 2010).

Ante estas circunstancias la Organización Mundial de la Salud (2003 y 2001) recomienda tomar medidas en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Asimismo, señala que es necesaria una combinación de tres componentes fundamentales: medicación, psicoterapia y rehabilitación psicosocial, las cuales dependen del diagnóstico, de la existencia de otras enfermedades orgánicas y mentales, de la edad del paciente y del estadio en que se encuentre la enfermedad.

Al respecto, diversos autores (Bellack, 1992 y Ávila y Poch, 1994) mencionan que la psicoterapia es considerada como un medio efectivo para tratar diversos trastornos mentales; sin embargo, la duración de las terapias se ha

tenido que reducir debido al incremento en la demandas, al aumento de la población con trastornos mentales, a la crisis económica y los servicios de salud pública sobrecargados; lo que ha causado que no se puedan atender a pacientes por mucho tiempo y el sector privado se muestra reacio a pagar seguros si no se puede demostrar que el gasto realmente trae buenos resultados.

Esta situación también se presenta en nuestro país, ya que en el caso específico de los bancos, existe una normatividad que restringe el número de sesiones psicoterapéuticas a las que tiene derecho el empleado, siendo un promedio de 12. Ante esta situación, no es posible que un paciente deprimido acuda a un psicoanálisis (formación de la investigadora), el cual tiene una duración de varios años.

Además de que es urgente una intervención que le ayude al paciente a aliviar su sufrimiento, fue necesario buscar otras miradas teóricas (cognitivo-conductual) que permitieran aliviar los síntomas del paciente en un corto tiempo. Surgiendo de esta manera, una psicoterapia breve que combinaba la orientación psicoanalítica y cognitivo-conductual y que se ha ido perfeccionando a lo largo de más de veinte años de práctica clínica.

Desafortunadamente a lo largo de este tiempo, el trabajo no había sido sistematizado y evaluado metodológicamente, por lo que en el presente estudio tiene como finalidad evaluar los resultados de la psicoterapia breve que combina la orientación psicodinámica y la cognitivo-conductual para tratar a pacientes diagnosticados con depresión. Así como dar a conocer la experiencia clínica.

CAPITULO 1

Depresión

1.1. Definición

El término depresión se utiliza con mucha frecuencia en la vida cotidiana como un modismo para dar cuenta de una variedad de condiciones, por ejemplo las personas pueden decir “estoy deprimido” refiriéndose a un estado personal de experiencia subjetiva de acuerdo con lo vivido. Otras veces, el término depresión se puede utilizar como una reacción ante cierto evento, del que uno quiere protegerse o señalar su impacto, por ejemplo “me deprime”. Algunas veces es posible que se utilice el término para definir situaciones, entornos o ambientes y de paso el estado de ánimo que suscitan, cuando se dice por ejemplo, que es “deprimente o depresivo” tal sitio, tal tiempo o fulano de tal. Sin embargo, la depresión es un trastorno que tiene patrones que consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: 1) síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo, miedo, ira), 2) síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro; así como baja autoestima, desesperanza y remordimiento), 3) síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y 4) síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y en general a la falta de “energía”, así como otras molestias) (Pérez y García, 2001; Colodrón, Paz y Hurtado, 2003).

Actualmente existe un consenso entre los profesionales de la salud en cuanto al término depresión, el cual se encuentra plasmado en diversos documentos como son el **CIE-10** y el **DSM-IV**, en donde se señalan las características del episodio depresivo en adultos, las cuales son:

- Sentirse triste.
- Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

- Falta de energía, cansancio y fatiga ante el menos esfuerzo, lo que lo lleva a una reducción en el nivel de actividad.
- Dificultad para pensar o dificultad para tomar decisiones.
- Disminución de la atención, concentración y memoria.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Sentimiento injustificado de culpabilidad.
- Ideas de ser inútil.
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos de muerte o de autoagresiones.
- Intentos suicidas.
- Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia).
- Trastornos de apetito o peso.
- Cambios psicomotores (agitación, enlentecimiento) observables por los demás y no solo como una sensación subjetiva.
- Diversos síntomas somáticos.

Para el diagnóstico de episodio depresivo, habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados, si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (CIE-10 y OMS, 2001).

En función del número y de la gravedad de los síntomas, un episodio depresivo puede caracterizarse como leve, moderado o grave (OMS, 2001):

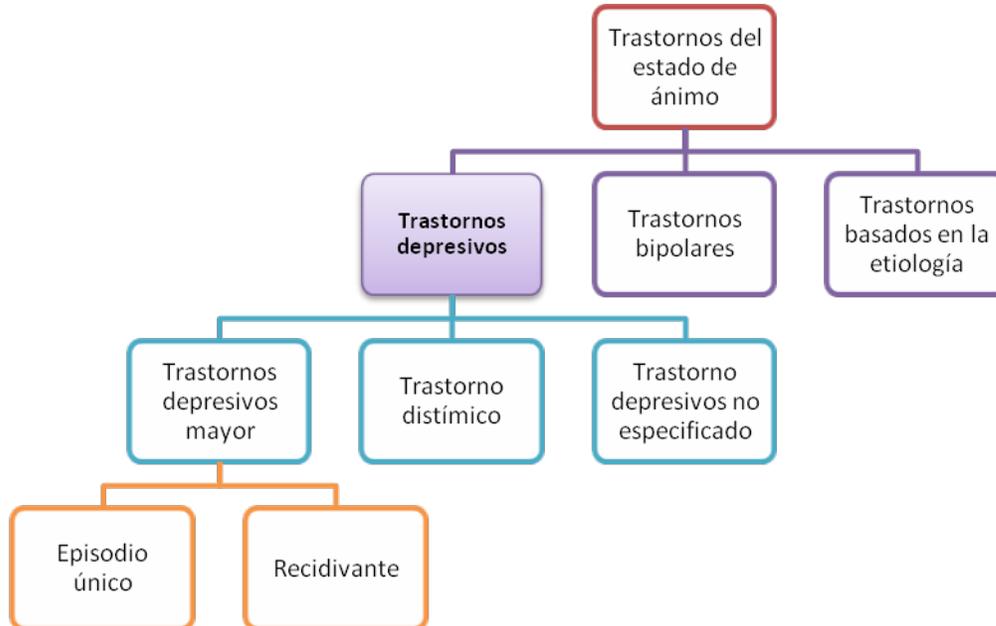
- *Episodio depresivo leve.* Concurren dos o tres de los síntomas arriba mencionados. La persona suele sentirse angustiada por esos síntomas, pero normalmente puede seguir realizando la mayoría de sus actividades.

- *Episodio depresivo moderado.* Suelen coexistir cuatro o más de los síntomas citados, y el afectado tiene a menudo grandes dificultades para realizar las actividades cotidianas.
- *Episodio depresivo grave.* Varios de los síntomas citados revisten especial gravedad y causan gran sufrimiento, a lo que se añaden normalmente sentimientos de pérdida de autoestima, poca valía o culpabilidad. También son frecuentes las ideas y los actos suicidas.

La depresión forma parte de los trastornos del estado de ánimo (ver figura 1) y se clasifica de la siguiente manera, según el DSM-IV:

- *Trastorno depresivo mayor,* se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (por ejemplo al menos dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).
- *Trastorno distímico* se caracteriza por un estado de ánimo crónicamente depresivo, de por lo menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor.
- *Trastorno depresivo no especificado* se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.

Figura 1. Clasificación de los trastornos del estado de ánimo, de acuerdo con el DSM-IV.



1.2. Etiología

Jervis (2005) y Gómez (2007) señalan que las causas de la depresión son múltiples, pero en los últimos años se ha adoptado un modelo bio-psico-social para explicar los factores causantes de la depresión.

Biológicos

Diversos autores mencionan que en la depresión puede existir una predisposición biológica para este padecimiento, ya que se han encontrado antecedentes familiares de depresión los cuales son interpretados como vulnerabilidad genética, aunque no todo aquél que se supone la padece, la desarrolla. Asimismo, se ha encontrado que existe un factor bioquímico en todos

los pacientes deprimidos, pues hay una disminución en los niveles de los neurotransmisores cerebrales (serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico); sin embargo, los cambios que se producen en la bioquímica cerebral serían el resultado y no la causa de la depresión (Jervis, 2005 y Gómez, 2007)

Psicosociales

Los trastornos mentales están firmemente enraizados en el entorno social del individuo, y su aparición, evolución y pronóstico dependen de diversos factores sociales (OMS, 2003).

Existe una gran cantidad de variables psicosociales que causan depresión, entre las que se encuentran una personalidad depresiva o melancólica, baja autoestima, visión pesimista de sí mismo o de la vida, falta de habilidades de relaciones; así como, factores de crianza, estructura familiar, situaciones estresantes en el medio ambiente o en la vida personal, condiciones vitales de marginalidad y penuria, por mencionar algunas. No obstante, las causas que provocan la depresión no suelen coincidir con las causas que la mantienen. Estas últimas, responsables de la cronicidad o perpetuación del trastorno, hay que buscarla en ambientes empobrecidos económica y culturalmente, en estrategias de afrontamiento desadaptativas, en estilos atribucionales pesimistas, en condiciones sociales de marginalidad o en una combina de todos estos factores (Jervis, 2005 y Gómez, 2007).

En este sentido, diversos especialistas señalan que el aumento de la depresión se debe al estilo de vida de un sistema globalizado en el que imperan el estrés, las dificultades económicas, el desempleo, la violencia, entre otros fenómenos sociales, los cuales afectan y atentan contra la unidad de las familias (Cruz, 2005).

Al respecto, Jervis (2005) señala que el incremento de trastornos depresivos y de ansiedad se debe a que en los últimos 60 años se han producido

cambios acelerados del mundo, en donde actualmente impera el estrés, las prisas, la incertidumbre, el individualismo, el materialismo y la competitividad. Sin embargo, la capacidad de adaptación del sujeto es demasiado lenta para la urgencia con la que se dan los cambios, por lo que las personas sienten que han perdido el control sobre los aspectos importantes de la vida y consideran que el mundo se ha convertido en un lugar más inseguro, incierto y amenazador que el de hace algunas décadas.

Algunos ejemplos de esta situación son los que se presentan en las empresas en donde existe una alta competitividad y una constante búsqueda de altos rendimientos y productividad, lo cual ha generado una precariedad e incertidumbre laboral que impide a millones de jóvenes independizarse de sus núcleos familiares para formar nuevos hogares donde llevar a cabo un proyecto de vida autónomo, incrementando de este modo su frustración. De igual forma, las constantes reestructuraciones de plantilla y la deslocalización de numerosas empresas en un intento de reducir costes y aumentar así la productividad, han expulsado del mercado laboral a cientos de miles de trabajadores con muchos años de experiencia que sustituidos por jóvenes con sueldos bajos. También se puede observar que en las últimas décadas, la mujer se ha incorporado al mundo laboral, pero todavía el 50% sigue desempeñando un rol tradicional que la relega a tareas de reproducción y cuidado del hogar. Muchas de estas “amas de casa”, con estilos de vida escasos en estímulos placenteros y desvalorados en su consideración social, se han convertido en la población de riesgo que más frecuenta los centros de salud mental donde son comúnmente diagnosticadas como depresivas o ansioso depresivas (Jervis, 2005).

1.3. Factores asociados a la depresión

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) señala que la prevalencia, la aparición y la evolución de los trastornos mentales y conductuales están asociados a factores sociales, económicos y demográficos; así como al

entorno familiar, la presencia de enfermedades físicas importantes, conflictos y desastres. A continuación se describen algunos de estos factores:

Sexo

La mayor prevalencia de depresión en mujeres frente a hombres es uno de los hallazgos más replicados en las diferentes comunidades estudiadas a pesar de las diferencias culturales o de los instrumentos diagnósticos empleados. Así, los datos epidemiológicos sitúan que la razón mujeres-varones es de 2:1, tanto para la depresión mayor y unipolar (Vallejo y Gastó, 2000; OMS, 2003 y Chinchilla, 2008), mientras que en el caso de depresión bipolar la proporción prácticamente se iguala (1.2: 1) (Vallejo y Gastó, 2000). Se han propuesto muchas explicaciones de esta mayor prevalencia de la depresión en la población femenina, entre los que desempeñan un papel importante los factores genéticos, o cuando menos biológicos, como lo indica en particular la estrecha relación temporal observada entre la mayor prevalencia y los años de fecundidad, con los cambios hormonales que conllevan. Están bien documentadas las variaciones del estado de ánimo asociadas a los cambios hormonales que tienen lugar durante el ciclo menstrual y el puerperio. De hecho, la depresión que aparece en los meses siguientes al parto puede ser el comienzo de un trastorno depresivo recurrente. Sin embargo, en las diferencias entre los sexos relativas a la depresión también tienen importancia factores psicológicos y sociales. Es probable que la población femenina se vea sometida a más factores estresantes reales y subjetivos, esto debido a su tradicional situación de desventaja y discriminación social a lo largo de los tiempos; así como a su papel tradicional que la expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno estresante. Otra explicación para las diferencias de género en la esfera de los trastornos mentales más frecuentes es la alta tasa de violencia doméstica y sexual a la que están expuestas las mujeres. Estos sucesos traumáticos tienen consecuencias psicológicas y las más frecuentes son la ansiedad y la depresión (Vallejo y Gastó, 2000 y OMS, 2003).

Edad

Diferentes estudios señalan que la edad media de inicio de la depresión se sitúa a principios de la vida adulta, siendo el promedio de inicio de la enfermedad de 24 a 34 años (Chinchilla, 2008).

La prevalencia de la depresión tiende a aumentar con la edad, la cual es frecuente en población anciana. Los casos de depresión que quedan sin diagnosticar en las personas de edad son más frecuentes que en los adultos jóvenes, porque a menudo se consideran erróneamente manifestaciones del envejecimiento (OMS, 2003).

Estilo de pensamiento

La mayoría de las personas tiene una forma optimista de pensar que las hace sentirse moderadamente alegres. Las personas con depresión, por el contrario, tienden a minimizar sus éxitos y a recrearse en sus errores; tienen un pensamiento negativo (San Molina y Arranz, 2010).

Enfermedades físicas graves

La aparición de una enfermedad física puede provocar sentimientos de baja autoestima y falta de confianza. Asimismo, la discapacidad, la dependencia de los demás y la inseguridad pueden desencadenar una depresión. Algunas enfermedades físicas que se acompañan de depresión son la enfermedad de Parkinson, el cáncer, la esclerosis múltiple, los tumores cerebrales, las enfermedades hormonales (hipo o hipertiroidismo, hipercalcemia, enfermedades víricas, ataques cardíacos y la diabetes (San Molina y Arranz, 2010).

Factores genéticos

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugiere la existencia de un factor genético que se puede heredar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una predisposición genética para la depresión van a padecerla e incluso, si en la familia hay antecedentes de depresión, generalmente se necesita un suceso estresante para precipitarla. Asimismo, la importancia de los genes es diferente para los distintos tipos de depresión. Hay una mayor participación genética en la depresión grave que en la leve, en el trastorno bipolar y en la depresión de las personas jóvenes (San Molina y Arranz, 2010).

Factores familiares

La experiencia de *adversidad en la infancia* duplica el riesgo de depresión en el adulto. Entre los factores que se consideran indicadores de adversidad infantil se encuentran: el abuso físico y sexual en la infancia, la pobre percepción de su rol en la familia y el estilo educacional. Asimismo, se ha demostrado que los sujetos deprimidos tienen una pérdida de afecto durante la infancia. Otras investigaciones apoyan, además que los depresivos tienen madres sobreprotectoras e intrusivas y que ambos padres utilizan para ejercer el control sobre ellos más estrategias provocadoras de ansiedad y culpa (Vallejo y Gastó, 2000 y Chinchilla, 2008).

Las *situaciones conyugales* tienen una gran correlación con la existencia de depresión concomitante. Se ha demostrado que en las parejas en las que uno de los miembros está deprimido aumenta considerablemente las fricciones, el estrés y disminuye la capacidad resolutoria de problemas e incluso exacerba las dificultades experimentados en las relaciones extraconyugales, lo cual hace al individuo más vulnerable frente a los trastornos depresivos. Asimismo, la ausencia de cónyuge o soporte social o de relaciones familiares cálidas y

cercanas aumenta la vulnerabilidad de un individuo a sufrir depresión tras un acontecimiento estresante.

Factores ambientales

Durante su vida, las personas atraviesan por una serie de acontecimientos significativos tanto menores como de gran importancia. Pueden ser, además, favorables (como un ascenso laboral) o adversos (por ejemplo, la pérdida de un ser querido, pérdida del trabajo o la quiebra de un negocio). Los acontecimientos adversos son los que predominan antes de la aparición o la recidiva de los trastornos depresivos (OMS, 2003).

Comorbilidad

También es importante mencionar que a menudo se presentan dos o más trastornos mentales en una sola persona; una de las combinaciones más comunes es la de ansiedad y depresión. Los trastornos mentales y enfermedades médicas están relacionados entre sí, ya que los pacientes con depresión suelen no adherirse al tratamiento médico o recomendaciones y se encuentran en mayor riesgo de discapacidad y mortalidad. Por ejemplo, se ha demostrado que los pacientes deprimidos tienen tres veces más probabilidades de no cumplir con los regímenes médicos que los pacientes no deprimidos, también hay evidencia de que la depresión predice la incidencia de enfermedades del corazón. En el caso de las enfermedades infecciosas, la falta de adherencia puede provocar resistencia a los medicamentos, y esto tiene profundas implicaciones para la salud pública en relación con los agentes infecciosos resistentes. La enfermedad asociada a la depresión afecta la calidad de vida y varios aspectos del funcionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas y, además, da lugar a una mayor utilización de servicios de salud y los costos (OMS, 2003).

Conflictos y desastres

Los conflictos, en particular las guerras y la agitación social y los desastres afectan a gran número de personas y ocasionan problemas mentales. Estas situaciones se cobran un oneroso tributo a costa de la salud mental de las personas afectadas, en su mayoría habitantes de países en desarrollo, donde la capacidad para hacer frente a estos problemas es sumamente limitada. Entre una tercera parte y la mitad de las personas afectadas sufren angustia. El diagnóstico más frecuente es el de trastorno de estrés postraumático (TEPT), que a menudo se acompaña de depresión o ansiedad (OMS, 2003).

Estrés y sucesos vitales estresantes

La depresión es más frecuente en los 6 meses posteriores a un suceso estresante, como la muerte del cónyuge o de un ser querido, el divorcio, el matrimonio, la pérdida de empleo, el encarcelamiento o la jubilación. Sin embargo, solo uno de cada 10 casos en los que aparece uno de estos sucesos acaba en depresión y algunas veces aparece depresión sin que existe ninguno de estos acontecimientos (San Molina y Arranz, 2010).

Administración de algunos fármacos

Algunos fármacos pueden producir depresión, como los antiepilépticos, anticonceptivos, antiparkinsonianos, digoxina, quimioterápicos, algunos analgésicos, diuréticos, y fármacos para la hipertensión arterial (San Molina y Arranz, 2010).

Pobreza

Diversas encuestas realizadas en varios países (Brasil, Chile, la India y Zimbabwe, América del Norte, América Latina y Europa) muestran que la depresión es dos veces más frecuente entre los pobres que en la población rica.

Asimismo, el acceso a un tratamiento es menor en los segmentos más pobres de la sociedad, ya que tienen salarios bajos o no tienen empleo y en muchas ocasiones no cuentan con seguro médico (OMS, 2003).

1.4. Epidemiología

Actualmente, la depresión es uno de los cuatro trastornos mentales más frecuentes y responsable de discapacidades importantes, la cual tiene un impacto económico, no solo en la persona que la padece, sino que afecta a la sociedad en su conjunto (ver tabla 1)

Tabla 1. Carga económica global de los trastornos mentales.

Elemento afectado	Costos del tratamiento	Costos de productividad	Otros costos
Personas enfermas	Tratamientos y pagos de honorarios.	Incapacidad laboral; pérdida de ingresos.	Angustia/sufrimiento; efectos secundarios del tratamiento, suicidio.
Familias y amigos	Cuidados informales.	Tiempo libre.	Angustia, aislamiento, estigma.
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y la atención.	Reducción de la productividad.	----
Sociedad	Prestación de servicios de salud mental y la atención médica.	Reducción de la productividad.	La pérdida de vidas, enfermedades no tratadas (necesidades insatisfechas), la exclusión social.

Fuente: Investing in Mental Health, OMS, 2003, p. 14

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), se estima que la prevalencia de los episodios de depresión es del 1.9% en la población masculina y del 3.2% en la femenina. Estas cifras de prevalencia varían entre poblaciones y pueden ser más elevadas en algunas de ellas. El trastorno depresivo representa

una carga enorme para la sociedad, ya que es responsable del 4.4% del total de AVAD (años de vida ajustados según discapacidad) y es la causa principal de APD (años perdidos por discapacidad): 11.9% del total de APD. En el grupo de 15 a 44 años es la segunda causa de carga y responsable del 8.3% de los AVAD perdidos. Estas estimaciones demuestran claramente el altísimo nivel de carga atribuible hoy en día a la depresión, pero las perspectivas de futuro son todavía más sombrías. Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En las regiones desarrolladas, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad. La depresión puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mayor en la madurez. Sin embargo, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultos jóvenes. Es casi siempre un trastorno episódico y recurrente; cada episodio suele durar entre unos meses y unos años, con un periodo de normalidad entre ellos. Sin embargo, aproximadamente en el 20% de los casos la depresión sigue una evolución crónica, sobre todo cuando no se dispone de un tratamiento apropiado. La tasa de recurrencia en los pacientes que se recuperan del primer episodio es de aproximadamente 35% en los dos años siguientes y el 60% a los 12 años. La tasa de recurrencia es más elevada en los pacientes mayores de 45 años. Uno de los desenlaces especialmente trágicos del trastorno depresivo es el suicidio, siendo entre 15% y 20% de los pacientes que lo consuman.

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en 2003, muestra que el 4.8% de la población mexicana presentó depresión mayor o menor, alguna vez en su vida; el 2.2% reportó haberla presentado en los últimos 12 meses y el 0.9% en los últimos 30 días; es decir, 1 persona de cada 21 mexicanos presentó depresión alguna vez en su vida. Asimismo, la depresión presenta una mayor prevalencia en mujeres (6.8%) que en hombres (2.6%) (ver tabla 2) y el promedio de la edad de inicio de este trastorno es de 26 años. Al respecto, Irma Corlay, médico psiquiatra del Hospital

de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), señala que en México, al menos 40 por ciento de la población económicamente activa está deprimida (Cruz, 2005).

Tabla 2. Prevalencia de la depresión en México, desglosado por sexo, para “alguna vez en la vida”, los “últimos 12 meses” y “últimos 30 días”.

Diagnóstico de trastorno afectivo	Hombres			Mujeres			Total		
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Episodio depresivo mayor	2.0%	0.9%	0.3%	4.5%	2.1%	0.8%	3.3%	1.5%	0.6%
Episodio depresivo menor	0.6%	0.3%	0.2%	2.3%	1.1%	0.5%	1.5%	0.7%	0.3%
Total	2.6%	1.2%	0.5%	6.8%	3.2%	1.3%	4.8%	2.2%	0.9%

Fuente: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003.

De igual forma Bello, Puentes, Medina y Lozano (2005) realizaron una investigación a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 y encontraron que la prevalencia nacional en México de depresión fue de: 5.8% en las mujeres y 2.5% en hombres, la cual se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas. También mencionan que un alto porcentaje de los afectados no refiere haber recibido atención médica, lo cual se corrobora con los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que señala que las personas con trastornos mentales en primer lugar solicitan ayuda de familiares o amigos (54%), de sacerdotes y ministros (10%) o se automedican (15%) y sólo secundariamente acuden a medicina general, en donde su detección, tratamiento y canalización a servicios especializados es insuficiente, por lo que solo una de cada 10 personas recibe atención. Asimismo, Cruz (2005) señala que generalmente la depresión no

es diagnosticada y mucho menos atendida con oportunidad, lo que genera riesgos severos, ya que la falta de atención del padecimiento puede llevar a los afectados al suicidio. Actualmente, el 60% de las muertes autoinfligidas se relacionan con episodios depresivos.

En este sentido, se puede observar que en México se ha incrementado considerablemente el número de suicidios en las últimas dos décadas, que pasó de 1,405 en 1990 a 2,736 en 2000, elevándose todavía más en el 2008 para ubicarse en 4,681, según datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2003 y 2010).

1.5. Tratamiento

A pesar del gran impacto personal y socioeconómico, la mayoría de los episodios depresivos no se diagnostica y no se trata. Es común encontrar que las personas no soliciten ayuda para esta sintomatología y de las personas que lo hacen, generalmente acuden a una clínica de atención primaria en donde solo el 20% recibe tratamiento para el trastorno de depresión (Chinchilla, 2008).

En el caso de México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003) mostró que la atención de los pacientes deprimidos es deficiente y que la población no solicita la ayuda disponible por desconocimiento de la atención médico-psiquiátrica y por las diferencias entre las necesidades sentidas por la población (e.g. problemas laborales, con los hijos o la pareja, económicos, enfermedades o muertes en la familia) y el tipo de ayuda que ofrecen los servicios (diagnósticos psiquiátricos). Asimismo, Cruz (2005) menciona que la mayoría de los afectados por la depresión no la reconocen como un mal que deba atenderse y agrega que en los servicios públicos de salud se detecta que una de cada 10 personas que solicitan atención médica en las unidades de medicina familiar o centros de salud sufre este trastorno.

Ante esta situación, la OMS (2001 y 2003) menciona que es importante reducir la creciente carga de los trastornos mentales, mediante medidas de intervención en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación:

- a) La *prevención* (prevención primaria o protección específica) comprende las medidas aplicables a una determinada enfermedad o grupo de enfermedades para atajar sus causas antes de que afecten a la persona; en otras palabras, para evitar que se produzca la afección.
- b) El *tratamiento* (prevención secundaria) comprende las medidas encaminadas a detener un proceso patológico ya iniciado, a fin de prevenir posteriores complicaciones y secuelas, limitar la discapacidad y evitar la muerte.
- c) La *rehabilitación* (prevención terciaria) comprende medidas dirigidas a personas discapacitadas para restablecer su situación anterior o maximizar el empleo de las capacidades que conservan. Abarca tanto intervenciones a nivel individual como modificaciones del entorno.

Asimismo, señala que es necesario un tratamiento oportuno, para mejorar el pronóstico del paciente y que se requiere una combinación equilibrada de tres componentes fundamentales: medicación, psicoterapia y rehabilitación psicosocial, las cuales dependen del diagnóstico, de la existencia de otras enfermedades orgánicas y mentales, de la edad del paciente y del estadio en que se encuentre la enfermedad.

Figura 2. Tratamiento en trastornos mentales



La OMS (2003 y 2001) indica que existen varias técnicas y enfoques, derivados de distintos fundamentos teóricos, que han demostrado ser eficaces en relación con diversos trastornos mentales y conductuales, entre los que se cuentan la terapia conductual, la terapia cognitiva, la terapia interpersonal, las técnicas de relajación y las técnicas terapéuticas de apoyo (consejo). Siendo consideradas las intervenciones cognitivo-conductuales y la terapia interpersonal como eficaces en el tratamiento de pacientes deprimidos, las cuales permiten que las personas aprendan a mejorar sus estrategias de afrontamiento y a reducir la angustia sintomática. Además de que las intervenciones psicológicas conducen a una mayor satisfacción y conformidad con el tratamiento, que a su vez contribuyen a reducir recaídas, hospitalizaciones y desempleo, por lo que los costos añadidos de los tratamientos psicológicos se contrarrestan con niveles más bajos de demanda de otros apoyos o servicios de salud.

Estos datos concuerdan con los reportados por Pérez y García (2001) quienes señalan que la terapia conductual, la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal han mostrado su eficacia en la depresión, las cuales tienen un programa estructurado de 12 a 16 sesiones, con algunas adicionales y disponen de un manual de aplicación (incluyendo a veces un manual del paciente). Además pueden ser aplicadas en grupo y no sólo en tratamientos agudos, sino como continuación o mantenimiento.

En este sentido, varias investigaciones (Dekker et. al., 2005 y Lara et. al, 2010) muestran que la psicoterapia breve en combinación con la medicación es más eficaz que solamente un tratamiento farmacológico, en pacientes ambulatorios con depresión. De igual manera, se han divulgado datos sobre el costo-eficacia de los enfoques psicoterapéuticos en el manejo de trastornos relacionados con el estado de ánimo, en combinación con la farmacoterapia o como alternativa a ésta. Un descubrimiento reiterado de las investigaciones es que las intervenciones psicológicas conducen a una mayor satisfacción y conformidad con el tratamiento, que a su vez puede contribuir notablemente a reducir las tasas de recaída, la hospitalización y el desempleo. Los costos

añadidos de los tratamientos psicológicos se contrarrestan con niveles más bajos de demanda de otros apoyos o servicios de salud

En este sentido Lara, Robles, Real, Chisholm y Medina (2010) realizaron un estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México y encontraron que las estrategias combinadas de manejo proactivo de caso con psicoterapia breve, más antidepresivos tricíclicos pueden considerarse como las más eficaces, pues evitan 207,171 AVAD, que resultan de la suma de los años que se pierden por mortalidad prematura, más los años que se pierden por vivir en una situación de discapacidad; siendo el 99% de los costos correspondiente a medicamentos y menos del 1% a los costos del programa y del entrenamiento. De igual forma López, Vargas, Villamil y López (2004) encontraron que la psicoterapia breve y de urgencia de Bellak tenía la misma respuesta terapéutica que un antidepresivo y una menor eficacia ante el tratamiento combinado de psicoterapia y antidepresivos.

1.6. Evolución

La depresión es una entidad clínica recurrente, potencialmente crónica y discapacitante. Aunque los tratamientos antidepresivos son efectivos en un porcentaje importante de pacientes, a menudo no permiten prevenir el consiguiente desajuste funcional tardío asociado a síntomas residuales, episodios recurrentes, entre otros (Chinchilla, 2008).

Los primeros trabajos publicados sugieren que al menos un 50% de los pacientes que se recuperan de un primer episodio depresivo padecerá, al menos otro; aquellos pacientes que han padecido dos o más episodios en el pasado presentarán una nueva recurrencia de la enfermedad con una probabilidad del 70% al 80%. Estimaciones más recientes han sugerido que los pacientes sufrirán una media de cuatro episodios de unas veinte semanas de duración cada uno a lo largo de su vida. Lo que parece claro es que no todos los pacientes están expuestos a riesgos equivalentes: el pronóstico difiere sustancialmente entre

individuos sin antecedentes de depresión y aquellos que han padecido al menos tres episodios. Entre un 20 y un 30% de los primeros y un 70 a 80% de los segundos, presentará recaídas en un periodo de tres años (Chinchilla, 2008).

Los factores de riesgo asociados a la recaída se refieren en su mayoría a consideraciones clínicas: el número de episodios depresivos previos, la naturaleza de la remisión a los 3 o 6 meses y la comorbilidad psiquiátrica han demostrado ser predictores fiables de recaídas en la depresión. Por el momento no disponemos de marcadores genéticos o biológicos de vulnerabilidad para padecer fenómenos de recaída. El conocimiento acerca de las características sociodemográficas que contribuyen a incrementar el riesgo de recaída es limitado. La manera en que determinados factores de riesgo específicos (sobre los cuales poseemos escasa información) como la edad, el género y la clase social, interaccionan con determinados acontecimientos estresantes para conducir a la recaída precisan aún mayor investigación (Chinchilla, 2008).

1.7. Efectos de la depresión en el trabajo

Se calcula que para el 2020, la depresión será la causa más común de incapacidad en los lugares de trabajo, situación que ha originado una preocupación a nivel internacional, lo cual se ve reflejado en los diversos medios de comunicación que han difundido los efectos de la depresión; como es el caso del noticiero “Infosurhoy” que el 5 de Mayo de 2010, informó que de acuerdo con el Instituto Brasileño de Seguridad Social Nacional, los trastornos mentales son la tercera causa más común de que los trabajadores soliciten el pago de beneficios de seguridad social, los que incluyen: atención inmediata, licencias por enfermedad superiores a 15 días y jubilación por enfermedad; asimismo, señala que entre 1998 y 2002, se gastaron mil millones de dólares en pagos de beneficios sociales a empleados que sufrían de dolencias como depresión, estrés, esquizofrenia y alcoholismo. De igual forma, la “CBC News” el 3 de Noviembre de 2010 comunicó que la ansiedad, la depresión y el desgaste generan costos no

solo a las empresas, sino a la economía en su conjunto, por lo que “por primera vez en la historia de Canadá, los empleadores se enfrentan a una obligación legal de mantener no solo un lugar de trabajo físicamente seguro, sino también un entorno de trabajo seguro psicológicamente”, como lo asegura la Comisión de Salud Mental de Canadá. Esto, debido al incremento en las reclamaciones de incapacidad por salud mental, por lo que se predice que muy pronto ésta será la principal causa de reclamaciones por incapacidad. Asimismo, se menciona que hay muchos costos “ocultos”, ya que la ausencia de un trabajador produce efectos en los demás trabajadores, en la productividad y en los pacientes, por mencionar algunos. Hay un efecto multiplicador importante que tiene una gran cantidad de costos indirectos que son muy difíciles de descubrir.

Asimismo, diversos autores señalan que la depresión de los empleados genera una disminución de la productividad, ausentismo, jubilación por enfermedad, gastos por consultas médicas y medicamentos, que cuestan varios miles de millones de dólares a las economías nacionales. Se calcula que los costos medios anuales en los que se incluye los gastos médicos, farmacéuticos y la incapacidad, puede ser 4.2 veces más altos que los costos de un tratamiento, los cuales son completamente compensados por una reducción en el número de días de ausentismo laboral y pérdida de productividad en el trabajo (OMS, 2003; Pires, 2010 y Bruckner, 2010).

Como se puede observar en este capítulo, es frecuente que las personas utilicen el término “depresión” para referirse a una gran diversidad de situaciones, sin embargo, en el ámbito clínico tiene características muy delimitadas que se encuentran en el CIE-10 y el DSM-IV. La cual es considerada como un trastorno recurrente, potencialmente crónico y discapacitante, que genera costos al paciente, a sus familias y a la sociedad en general.

En los últimos años la depresión ha ido en aumento y ha generado una preocupación a nivel mundial por los elevados costos anuales, por lo que la OMS ha recomendado tomar medidas en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación. En cuanto al tratamiento, menciona que es necesario una

combinación de tres componentes: medicación, psicoterapia y rehabilitación psicosocial.

El presente estudio se centra en la psicoterapia breve y en algunos casos severos de depresión se maneja un tratamiento combinado entre psicólogo y psiquiatra.

CAPITULO 2

Psicoterapia breve

2.1. Definición de psicoterapia

La OMS menciona que la psicoterapia consiste en intervenciones planificadas y estructuradas con las que se pretende influir en el comportamiento, el estado de ánimo y las pautas emocionales de reacción a diferentes estímulos a través de medios psicológicos verbales y no verbales. La psicoterapia no comprende el uso de medios bioquímicos o biológicos. Asimismo, varias técnicas y enfoques, derivados de distintos fundamentos teóricos, han demostrado ser eficaces en relación con diversos trastornos mentales y conductuales.

La American Psychiatric Association (APA) menciona que la psicoterapia es un proceso de descubrimiento cuyo objetivo médico es eliminar o controlar síntomas perturbadores o dolorosos de modo que el paciente pueda volver a un funcionamiento normal; emplea la comunicación verbal para tratar un vasto espectro de trastornos, disfunciones y malestares mentales; se puede impartir en forma individual, familiar o grupal, dependiendo de las necesidades y considera que las condiciones esenciales para la psicoterapia efectiva son: a) un encuadre de confidencialidad y privacidad, b) la activa participación del paciente en las decisiones diagnósticas y c) la continuidad del terapeuta de modo que la alianza médico-paciente pueda desarrollarse y el trabajo pueda ser concluido.

2.2. Enfoques de la psicoterapia

Dentro de la psicoterapia existe una gran diversidad de enfoques aplicados al ámbito psicoterapéutico; sin embargo, todos tienen rasgos comunes: 1) relación paciente-terapeuta, 2) encuadre terapéutico fijo, 3) marco referencial; 4) procedimiento terapéutico fijo y 5) todas pretenden inducir la activación

emocional, la ampliación de horizontes del paciente, la mejoría y recuperación del paciente (Frank citado por Zaldívar, Vega y Roca, 2004).

Las distintas corrientes psicoterapéuticas se han ido desarrollando hasta la actualidad en la misma medida en que se han ido profundizando las líneas teóricas que las sustentan. En cada una de ellas existe una concepción del “comportamiento humano normal” o “sano” y del “comportamiento humano no-normal”, así como una metodología específica para la generación de cambios.

Entre los principales enfoques psicoterapéuticos se encuentran el psicodinámico, humanista, conductual, cognitivo y sistémico.

Psicodinámico

Se fundamenta en el modelo elaborado por Sigmund Freud, en el cual se considera que el ser humano cuenta con un aparato psíquico que está estructurado y conformado por tres instancias (yo, ello y superyo), que interactúan entre sí como respuesta a los estímulos tanto internos como externos. Su funcionamiento psíquico está determinado por principios y mecanismos no conscientes que puestos en acción, buscan mantener una adecuada interacción de la persona con su realidad. La psicoterapia psicodinámica tiene como propósito incidir en la estructura y funcionamiento de dicho aparato psíquico, con el fin de regular adecuadamente la conformación de la personalidad del ser humano, reflejado en un estilo de vida satisfactorio y gratificante, haciendo consciente, lo inconsciente y fortaleciendo el Yo.

El modelo psicodinámico se apoya en las siguientes suposiciones básicas:

1. La creencia de que los principales determinantes de la conducta humana, de su desarrollo son factores intrapsíquicos (impulsos, deseos, conflictos).
2. La afirmación de que en los factores intrapsíquicos residen las causas ocultas de los comportamientos que se manifiestan abiertamente.

3. Un papel prioritario asignado al período infantil (primeros cinco o seis años de vida) en el cual se considera que se establecen los orígenes de los comportamientos, problemas y conflictos de las personas, a partir de la satisfacción o frustración de sus necesidades básicas.
4. Se brinda un papel principal a las relaciones del individuo con personas significativas (padres, abuelos, hermanos) y a los sucesos del pasado sobre el presente.

La técnica se basa fundamentalmente en la asociación libre, la interpretación y la transferencia como elemento clave de las intervenciones psicoterapéuticas.

Conductual

El conjunto de procedimientos y teorías que se agrupan bajo el concepto de terapias conductuales, resultan hoy día bastante variados y abarcan desde las teorías y procedimientos del condicionamiento clásico (Pavlov, Thorndike, Watson y Rayner) al instrumental u operante (Skinner, Staats, Burrhus y Bandura); así como elementos variados de las teorías del aprendizaje (e.g. atención, memoria, motivación y discriminación).

Los elementos esenciales del enfoque conductual son:

- Se centra en la conducta observable, la cual busca controlar y predecir.
- Su objetivo es conseguir una conducta determinada para lo cual se planea un programa que la modifique.
- Se considera que las leyes que rigen el aprendizaje son aplicables tanto para la comprensión y explicación de las conductas normales como para las anormales; es decir, las conductas desadaptativas se adquieren mediante las mismas leyes del aprendizaje que rigen para la conducta normal.

- Las técnicas terapéuticas se deben basar en hallazgos empíricos y los fundamentos teóricos de la conducta normal.
- La terapia se dirige hacia la modificación de las conductas desadaptativas que son específicas y manifiestas. También se tratan las cogniciones y las emociones que acompañan a la conducta manifiesta, pero en una forma más concreta y directa que en la mayoría de las aproximaciones terapéuticas.
- El acento principal se pone en los problemas actuales del paciente.
- Se plantea como indispensable la evaluación de los resultados del tratamiento. El terapeuta conductual intenta aplicar las técnicas que se han validado, empleando el método experimental en grupos o con un solo sujeto.

La estrategia terapéutica se desarrolla según los siguientes pasos: 1) análisis funcional, 2) determinación de objetivos y metas terapéuticas, 3) determinación del plan de tratamiento, 4) ejecución del plan de tratamiento, 5) evaluación de los resultados y 6) culminación de la terapia y plan de seguimiento.

Cognitivo-conductual

Las intervenciones cognitivo-conductuales se encaminan a modificar las pautas de pensamiento y la conducta mediante la práctica de nuevas maneras de pensar y actuar.

Su fundamento reside en la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos, con la finalidad de reducir o eliminar las conductas y sentimientos negativos, modificando los procesos cognitivos que se asocian a las conductas y sentimientos. Para promover la motivación, se basa en técnicas de persuasión socio-psicológica. Destaca la empatía como instrumento para enfatizar las ventajas e inconvenientes de la conducta desadaptativa, explorando los objetivos del paciente y la ambivalencia a través de la reflexión, desarrollando aptitudes para enfrentar el estrés interno y externo, también fomenta y refuerza las capacidades y conductas sociales.

Al inicio del tratamiento, se realiza una *evaluación* la cual consiste en identificar la problemática del paciente, para ello se toma la historia clínica y se realiza el análisis funcional. A partir de lo anterior, se generan las hipótesis explicativas y se fijan los objetivos de tratamiento. Posteriormente, se realiza la *intervención*, en la cual se aplican los procedimientos terapéuticos correspondientes para el logro de los objetivos planteados. Los terapeutas que siguen esta orientación suelen tener un enfoque multimodal en la elección y aplicación de las técnicas. El terapeuta instruye a su paciente en cómo controlar los pensamientos (cogniciones automáticas negativas), identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta, examinar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir estas cogniciones desviadas por otras más realistas y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Finalmente, se hace una evaluación y seguimiento del programa terapéutico y la realización de ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

Humanista

La psicoterapia humanista surge en el siglo XX en la década de los sesenta, como reacción al conductismo y al psicoanálisis. Tiene sus antecedentes en el existencialismo y la fenomenología, siendo sus principales promotores Abraham Maslow con su teoría de la jerarquía de necesidades y Carl Rogers con su teoría de la autorrealización.

Las principales características del enfoque humanista en psicoterapia son:

- El psicoterapeuta humanista ayuda a la persona a auto-explorarse, pero no toma decisiones por ella, ni le soluciona directamente los problemas. Ayuda a la persona a que se responsabilice de la toma de sus decisiones y que dirija su propia existencia.

- Se considera al ser humano como único e irreplicable y con una tendencia innata a la autorrealización y al crecimiento.
- Se pone a la persona en el centro y se reconocen como principales características del individuo la autonomía e interdependencia del otro, la tendencia a desarrollar y actualizar sus potencialidades, ser consciente y ser responsable ante sí y los demás, capacitado para ejercer su libertad y decisiones.
- Se enfatiza el papel de la percepción subjetiva de la realidad como determinante de la conducta.
- Brinda mayor importancia al sentido y la significación que a los procedimientos técnicos. Se centra en las relaciones de significado
- Busca favorecer la autorrealización y el despliegue de las potencialidades de las personas.
- Rechaza cualquier tipo de manipulación y se expresa el más absoluto respeto por la persona.
- La terapia es vista como un encuentro de persona a persona.

Sistémico

La psicoterapia sistémica se aplica para el tratamiento de trastornos y enfermedades psíquicas concebidas como expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales y patrones comunicacionales de un grupo social comprendido como un sistema. Siendo la comunicación un elemento clave, en el cual se analizan los problemas del individuo, tomando en consideración el contexto social y todo entramado de vínculos y relaciones. Los trastornos emocionales y conductuales de las personas se contemplan como un reflejo de las contradicciones de un sistema relacional, que logra así mantener un cierto equilibrio. Por ende, la estrategia sistémica consiste en colocar el caso

puntualizado como problemática dentro del sistema interactivo de personas que se comunican; es decir, cómo un miembro de la familia responde con su conducta a las problemáticas de la familia, de manera que su conducta es realmente adaptativa (Zaldívar, Vega y Roca, 2004).

El desarrollo histórico de los modelos sistémicos va unido a la evolución de la terapia familiar (década 50-60), pero no es imprescindible que sea una familia el foco de atención para que sea sistémica. Se puede aplicar a la pareja, a los equipos de trabajo, a los contextos escolares y también a las personas individuales.

2.3. ¿Por qué breve o de corta duración?

Durante muchos años, la psicoterapia se ha considerado como un medio efectivo para tratar diversos trastornos mentales; sin embargo, la duración de las terapias se ha tenido que reducir debido a las demandas sociales, al incremento de la población con trastornos mentales, a la crisis económica y servicios de salud pública sobrecargados, en los cuales existe una gran demanda y poca personal para brindar atención psicológica; aunado a esto en su mayoría los pacientes no cuentan con los medios económicos para pagar una terapia de largo plazo (Bellack, 1992; Ávila y Poch, 1994; y Cohen, 2009).

Sin embargo, la terapia breve no solo es reducir el tiempo de tratamiento, es un modo de resolver problemas humanos sin pretender una reestructura profunda de la personalidad, pero que permite incidir de una forma directa en la problemática que se presenta, logra disminuir o quitar síntomas y restablece la funcionalidad del paciente. Se sitúa exclusivamente en el presente (el aquí y el ahora) y se establece una meta limitada a través de focalizar el conflicto y la limitación del número de sesiones, reduce la posibilidad de divagar y desperdiciar esfuerzos en aspectos que tal vez no sean tan importantes para la consecución del objetivo terapéutico. El terapeuta tiene una participación activa en la

psicoterapia, ya que sugiere, apoya, estimula y esclarece (Ruiz, 1998). En la terapia breve la mayoría de los autores mencionan que es importante seleccionar a los pacientes que son aptos para este tipo de tratamiento (buena capacidad yoica, nivel intelectual, aptitudes para el insight, conciencia de su enfermedad, entre otras) (Hewitt y Gantiva, 2009).

2.4. Antecedentes de la psicoterapia breve

Las primeras psicoterapias breves fueron reportadas por Freud en algunos de sus casos, como son: Emmy (15 semanas), Lucy (9 semanas), Catalina (Una tarde), Mahler (Una vez), Dora (tres meses) y el pequeño Hans (dos meses). (Itzigsohn, 1985 y Ávila y Poch, 1994); sin embargo, durante el desarrollo del psicoanálisis, la duración del tratamiento no constituía un problema que se tuviera en cuenta. La preocupación por el tiempo de tratamiento surgió a medida que se alargaba la terapia psicoanalítica, por lo que durante varios años, algunos psicoanalistas encararon de forma paralela y relativamente aislada, la búsqueda de procedimientos psicoterapéuticos derivados de los conceptos psicoanalíticos de formación y desarrollo de la personalidad, que produjeran cambios terapéuticos en menor tiempo (Romo, 2007); sin embargo, no es sino hasta la primera guerra mundial cuando aparece la obra de Ferenczi, quien fue uno de los primeros en buscar formas más breves de terapia, en donde resaltó como puntos importantes la empatía y la actividad. La *empatía* se refiere a que el terapeuta no debe estimular al paciente a revivir memorias traumáticas y al mismo tiempo permanecer en la postura de un terapeuta neutral, sino que en el momento de indefensión y soledad, el terapeuta debe compartir los sentimientos del paciente. Por otro lado, señala que el impacto de la terapia tiende a disiparse en rituales prolongados, por lo que el terapeuta debe *activar* al paciente, hacer preguntas, dar instrucciones, poner límites de tiempo, exponer al paciente a sus temores fóbicos e incluso, expresar por el paciente los sentimientos ocultos de éste (Itzigsohn, 1985 y Ávila y Poch, 1994).

Después de la Segunda Guerra Mundial, se pueden identificar dos líneas de trabajo que se desarrollaron a partir de las ideas de Ferenczi y Rank, una es la europea y la otra la americana. En Europa, Balint (Ávila y Poch, 1994) discípulo de Ferenczi, desarrolló en Londres, la Psicoterapia Focal, cuyos objetivos eran: a) la delimitación de un foco en la demanda del paciente, sobre la que se organizaba el tratamiento; b) la posibilidad de ayudar al paciente a alcanzar una readaptación en ese foco y c) la obtención de mejorías en la situación vital del paciente como una consecuencia de su readaptación. Al mismo tiempo, en Estados Unidos, dos psicoanalistas de Chicago, Franz Alexander y Thomas French (Ávila y Poch, 1994) formalizaron una propuesta terapéutica, en la que se destacaban dos principios fundamentales: a) *la flexibilidad*, el punto de partida sería adaptar la técnica a las necesidades del paciente y más concretamente, atender diferentes niveles en el manejo de la transferencia, enfatizar la importancia de las interpretaciones extratransferenciales, considerar la necesidad de interrupciones durante el tratamiento y reemplazar la actitud contratransferencia por una actitud planificada y b) *experiencia emocional correctiva*, que constituye el eje terapéutico de todo tipo de psicoterapia, en donde el paciente espera que el terapeuta se comporte del mismo modo que lo hicieron sus padres y al comprobar que no es así, es posible realizar una corrección emocional, de las expectativas del paciente, lo cual constituye el principal factor terapéutico.

En 1941, el Institute for Psychoanalysis de Chicago auspició un congreso nacional de la especialidad, que se llamó *Council on Brief Psychotherapy*, en el cual los trabajos presentados coincidían en la viabilidad de una terapia breve derivada de la comprensión psicoanalítica de la personalidad (Romo, 2007).

No obstante la limitación de tiempo, actualmente es considerado un factor importante, con ventajas terapéuticas reales, ya que como menciona Itzigsohn (1985), la limitación del tiempo tiene un impacto sugestivo, que crea una expectativa positiva en el paciente y en el terapeuta y existe evidencia de que esta limitación impulsa a los terapeutas a una actividad más intensa, lo que a su vez incrementa el ritmo del cambio terapéutico.

2.5. Psicoterapia breve psicoanalítica

La psicoterapia breve psicoanalítica es una modalidad de terapia basada en los principios de la teoría psicodinámica, que se caracteriza por su brevedad o limitación temporal. Debido a su corta duración, la labor terapéutica se centra en un determinado síntoma, problemática o sector de la psicopatología del paciente, al cual se le denomina foco, por tal motivo se considera que toda psicoterapia breve es necesariamente focal; pero no a la inversa; es decir, la psicoterapia focal, es un procedimiento de objetivos limitados, que puede ser o no de tiempo limitado (Braier, 1982 y Farre, Hernández y Martínez, 1992).

Asimismo, es necesario señalar que existen diferencias entre la psicoterapia psicoanalítica breve y el psicoanálisis, en cuanto a sus metas, duración de la terapia, método, encuadre y papel que representa el terapeuta. En este sentido, (Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2001) señalan que las reglas técnicas básicas del psicoanálisis (asociación libre, atención flotante, neutralidad y abstinencia) son respetadas en la psicoterapia breve, pero el proceso terapéutico se trata de acelerar por medio del trabajo en los focos conflictivos más centrales, confrontándose en todo caso las resistencias (defensas) y en concreto los fenómenos transferenciales de manera muy activa.

A lo largo de la historia han surgido una gran cantidad de autores (Sifneos, Malan, Man, Davanloo, Benjamin, Luborsky, Strupp y Binder), que han reportado diferentes métodos que se pueden emplear en la psicoterapia breve psicoanalítica (ver tabla 3) (Itzigsohn, 1985 y Ávila y Poch, 1994).

Tabla 3. Métodos que derivan de la práctica y teoría psicoanalíticas.

Método	Autor	País	Año	No. de sesiones*
Inicios de la Psicoterapia breve.	Ferenczi y Rank		1923	
Psicoterapia focal.	Balint	Londres	1957	
Terapia psicoanalítica (experiencia emocional correctiva)	Alexander y French	Estados Unidos	1914	
Psicoterapia breve focal.	Malan	Londres	1963	Alrededor de 20 sesiones para terapeutas con experiencia y 30 para terapeutas sin experiencia.
Psicoterapia evocadora de ansiedad de corta duración.	Sifneos	Boston	1972	Promedio de 15 sesiones. No se plantea una fecha de terminación por adelantado. El límite de tiempo es impreciso
Psicoterapia de tiempo limitado.	Mann	Boston	1973	12 sesiones. Se plantea por anticipado el número de sesiones y se le dice al paciente la fecha de terminación.
Psicoterapia dinámica de corta duración.	Davanloo	Montreal (Canadá)	1978	De 1 a 40 sesiones. No está fijado de antemano. El límite temporal depende del tiempo requerido para lograr la curación.
Psicoterapia breve y de emergencia.	Bellak y Small	Nueva York	1988	6 sesiones.
Psicoterapia breve psicoanalítica expresiva y de apoyo	Luborsky	América	1984	
Psicoterapia dinámica a tiempo limitado (PDTL)	Strupp, Binder y Horowitz	América	1984	25 a 30 sesiones. Levenson, recomienda como máximo 20 sesiones, siendo el promedio de 14.

*Generalmente son sesiones de 50 minutos una vez por semana.

Tabla elaborada a partir de Itzigsohn, 1985 y Ávila y Poch, 1994.

Características

Ávila y Poch (1994) señalan que la psicoterapia breve psicoanalítica se caracteriza porque:

- a) Sus principios teóricos y técnicos pertenecen al marco teórico psicoanalítico.
- b) Los pacientes tratados con PBP deben estar indicados y deben beneficiarse de esta forma de tratamiento.
- c) Los objetivos terapéuticos no se circunscriben a la desaparición de los síntomas, sino que buscan provocar cambios en áreas específicas de la personalidad.
- d) Gran parte del proceso psicoterapéutico se estructura en torno a un foco de trabajo, al que se añadirá un nuevo foco en la fase final del tratamiento, el duelo por la terminación de la relación terapéutica.
- e) El tiempo de duración del proceso de la PBP se establece al inicio del tratamiento. Aunque la limitación del temporal es variable, ha de ser suficiente para que la relación terapéutica se desarrolle. No suele superar el año.
- f) El terapeuta adopta un papel activo durante el proceso terapéutico sin llegar a ser directivo y sin abandonar los tres pilares básicos de la técnica analítica: neutralidad, asociación libre y atención flotante.

Itzigsohn (1985) menciona que los rasgos característicos de la terapia breve son:

1. Los casos son seleccionados sobre la base de la fuerte motivación del paciente y de su capacidad para expresar afecto.
2. El paciente tiene poderosas fuerzas del ego y es capaz de desarrollar una relación significativa.
3. Es posible definir rápidamente un foco central para el tratamiento.
4. Existe un conflicto subyacente importante.
5. El paciente muestra disposición para el cambio.

6. El terapeuta debe ser capaz de evitar temas que no sean relevantes para el foco principal.
7. El terapeuta es activo, empático, brinda apoyo y sobre todo, muestra entusiasmo.

Steenbarger (2002) menciona que hay varios elementos comunes a las terapias breves que las distinguen de otros métodos que no abordan explícitamente el componente de tiempo. Estos incluyen los siguientes:

- *Enfoque*: las terapias breves tienen objetivos específicos, en lugar de tratar los cambios de la personalidad en general. Este enfoque se aborda explícitamente en la planificación del tratamiento y por lo general, es parte de un entendimiento mutuo entre el terapeuta y el paciente.
- *El nivel de actividad del terapeuta*: los terapeutas de psicoterapias breves adoptan métodos activos para mantener el foco de tratamiento y promover el autoconocimiento y el cambio. El papel del terapeuta se asemeja más a un catalizador que a la pantalla en blanco descrita por Freud.
- *El nivel de actividad del paciente*: la utilización eficiente del tiempo requiere que los clientes se involucren en los esfuerzos de cambio entre las sesiones, así como durante las mismas, por lo tanto, se suele hacer uso de tareas explícitas, trabajos de entrenamiento y entre sesiones, hacer un esfuerzo para aplicar las habilidades y conocimientos obtenidos durante las reuniones.
- *Selección de pacientes*: la gran mayoría de los terapeutas reconocen que las terapias breves no son apropiadas para las enfermedades mentales crónicas y graves. Por ello, la terapia suele comenzar con una evaluación para determinar la idoneidad del tratamiento breve para un paciente en particular.
- *Mejorar la experiencia*: las personas parecen ser más receptivas a los cambios cuando se encuentran en estados alterados. Muchos métodos utilizados por los terapeutas breves, incluyen la hipnosis, técnicas de relajación, la introspección, la confrontación, la exposición y juegos de rol, en los cuales, las personas ponen en práctica nuevas formas para resolver sus problemas.

- *El énfasis en la preparación para el cambio:* cuando los pacientes no son conscientes de los cambios que tienen que hacer, los objetivos de la terapia breve normalmente se centrarán en el avance de la preparación para el cambio en lugar de trabajar a través de la resistencia en el largo plazo.
- *Énfasis en el impacto de la intervención:* se tiende a enfatizar la promoción de experiencias emocionales correctivas en lugar del *insight* exhaustivo en los conflictos del pasado.

De acuerdo con Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco (2001), la psicoterapia breve psicoanalítica debe centrarse en eventos del presente y en los hechos cercanos a la descompensación de la crisis; la toma de la historia clínica, por ejemplo, debe dirigirse a evidenciar los factores inmediatos que han precipitado la descompensación, buscando una formulación dinámica muy superficial, aunque se tengan datos que permitan ir mucho más a fondo, pues si se cae en una precipitación ingenua poniendo ante las personas en crisis factores complejos inconscientes, sólo se logrará el rápido levantamiento de resistencias de muy difícil resolución posterior. Asimismo, recomiendan la utilización de medios psicofarmacológico (por parte del equipo médico), con el fin de controlar lo más inmediata y eficazmente posible la ira, la angustia, la tensión o el pánico que aquejan al o a los participantes.

Transferencia

Ávila y Poch (1994) señalan que uno de los pilares fundamentales de la práctica psicoanalítica es el análisis de los fenómenos transferenciales. El encuadre crea las condiciones idóneas en las que se va a desarrollar la transferencia y en las que será posible una interpretación sistemática de la misma. La interpretación de la transferencia no interfiere con el sentido y el carácter sistemático que asumen en la técnica psicoanalítica. Este criterio diferencial se apoya en varias consideraciones dinámicas:

1. Las condiciones de encuadre de la terapia breve limitan las posibilidades de regresión transferencial, por su menor frecuencia de sesiones, por la intervención más personal y activa del terapeuta (manejo diferente de los silencios por ejemplo) y por hacerse “frente a frente”. El control visual coloca mucho más al paciente en “situación de realidad”, le permite discriminar más al terapeuta en su persona y rol objetivos, mientras las condiciones del encuadre analítico inducen mucho más la conexión con un objeto virtual, la proyección transferencial.
2. En una institución se reduce la posibilidad de concentrar la transferencia en la relación con el médico. Las proyecciones del paciente se diversifican en el contexto multipersonal, se distribuyen en múltiples vínculos, con otros miembros del equipo terapéutico, con otros pacientes, entre otros, complejizando las relaciones en el aquí y ahora de la sesión. Las condiciones para la instrumentación eficaz de la interpretación transferencial (relativo recortamiento de la interacción bipersonal) están aquí en parte interferidas.
3. El tiempo limitado de tratamiento hace indeseable el desarrollo de una intensa neurosis transferencial cuya elaboración exige claramente otro encuadre. Dado que la reiteración por parte del terapeuta de interpretaciones transferenciales (su focalización selectiva en los aspectos de la conducta ligados al campo bipersonal presente) induce el desarrollo de la regresión transferencial, surge, como condición técnica primordial en psicoterapia breve, la necesidad de autocontrol por parte del terapeuta, debiendo regular las interpretaciones transferenciales en función del mantenimiento de la relación médico-paciente en un nivel óptimo. Este nivel parece consistir en un grado moderado de transferencia positiva estable.

Selección de pacientes

García (1997) menciona que para que el paciente sea apto para una psicoterapia breve psicoanalítica debe tener:

- Buena capacidad yoica para ser un observador que colabora con buen criterio de realidad con el terapeuta en una alianza productiva.
- Tener o poder llegar a tener conciencia de enfermedad y de su responsabilidad o compromiso con ella.
- Un cierto grado de motivación para tratarse y cierta confianza en la validez de la técnica.
- Aptitudes para el *insight* aunque sea en un grado aceptable.
- Nivel de fijación de la libido y de desarrollo de las relaciones objetales, suficientemente desarrollados.
- Control sobre los impulsos, ni excesivo o escaso.
- Tolerancia a la frustración y a la ansiedad dentro de niveles que no desborden al sujeto. De otro modo es más indicada una terapia más prolongada.
- Presencia de defensas variadas (no estereotipadas).
- Nivel de autoestima ni muy disminuido, ni excesivo ya que en estos casos debe recurrirse a un psicoanálisis prologando.
- Nivel intelectual y de simbolización adecuado para captar lo más rápidamente posible las interpretaciones directas o metafóricas.

Indicaciones y contraindicaciones

Steenbarger (2002) menciona algunas de las posibles indicaciones y contraindicaciones que puede tener la psicoterapia breve, a partir de una revisión de la práctica y de la investigación:

- 1) *Duración del problema que se presenta*: cuando un problema tiene un patrón crónico, se ha visto que con frecuencia requiere de una intervención más amplia en comparación con un patrón que es reciente y en una situación específica.
- 2) *Historia interpersonal*: para que el tratamiento se eficaz en tiempo, es necesaria una alianza rápida entre el terapeuta y el paciente. Si la historia

interpersonal del paciente incluye incidentes significativos de abuso, negligencia o violencia, puede tomar varias sesiones antes de que la confianza y la revelación adecuada se desarrollen.

- 3) *La gravedad del problema que presenta*: un trastorno grave que interfiere con muchos aspectos de la vida del paciente, a menudo también interfiere con la capacidad del individuo para emplear activamente estrategias terapéuticas entre sesiones.
- 4) *Complejidad*: una alta complejidad se presenta cuando se tienen muchas manifestaciones sintomáticas, por lo que a menudo se requiere una intervención más amplia. Por ejemplo, un paciente que presenta un trastorno de la alimentación puede estar abusando de drogas y alcohol y experimentar síntomas de depresión. A veces, tales presentaciones complejas requieren una combinación de ayuda de los enfoques psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, para abordar cada uno de los componentes del problema y por lo que se extiende la duración del tratamiento.
- 5) *Entendimiento*: la terapia breve tiende a ser más útil para los pacientes que tienen una clara comprensión de sus problemas y una fuerte motivación para hacer frente a estos. En situaciones en las que la disposición de las personas al cambio es baja, llegan a la terapia negando la necesidad de hacer cambios o ambivalentes sobre la necesidad de cambio. Como resultado, pueden requerir varias semanas de la terapia de exploración y descubrimiento personal antes de que esté listo para hacer un compromiso más orientado a la acción, es decir un enfoque de corto plazo.
- 6) *Apoyo Social*: muchos pacientes entran a terapia no sólo para hacer cambios en su vida personal e interpersonal, sino de un apoyo social. Esto es particularmente cierto en las personas que están socialmente aislados debido a la falta de habilidades sociales y/o miedo al rechazo y abandono. Si bien el apoyo social es un fin necesario y legítimo de la psicoterapia, las situaciones que requieren un amplio apoyo necesariamente se oponen a cursos de

tratamiento breves. De hecho, para los pacientes que son particularmente sensibles a la pérdida interpersonal les puede resultar imposible de tolerar una terapia en la que rápidamente se disuelve un vínculo de trabajo.

Es importante mencionar que la presencia de un solo factor de los citados anteriormente no puede impedir el trabajo de corto plazo, pero a menudo estos pacientes requieren de una intervención de largo plazo dentro de la gama de tratamientos que normalmente se asocian con brevedad. La presencia de múltiples factores al inicio de la psicoterapia breve, tienen una alta probabilidad de una recaída en el futuro.

Definición de foco y tipos de foco

Uno de los factores comunes de todas las variantes de psicoterapia breve psicoanalítica es la estructuración del tratamiento alrededor de un foco de trabajo. Como consecuencia de la brevedad temporal, se hace necesario enfocar determinados aspectos de la problemática del paciente, por lo que es necesario seleccionar para el tratamiento, una parte del material que ofrece el paciente (Ávila y Poch, 1994). El trabajar con un foco implica dos reglas complementarias: la regla de atención selectiva hacia una parte del material que aporta el paciente y la regla de no prestar atención al resto. El foco es parcialmente el resultado de la interacción entre el terapeuta y el paciente, en las entrevistas iniciales. Algunos autores consideran que no es preciso comunicarle al paciente, en forma explícita cuál es el foco elegido, aunque en el transcurso de una terapia breve, el paciente se tornará en forma progresiva más y más consciente de este tema dinámico central en su vida (Itzigsohn, 1985).

Existen dos tipos de foco:

1. Foco clínico.- También llamado dinámico o conflictivo que es el área particular del problema del paciente que mejor expresa sus dificultades y síntomas. Este es formulado a partir del material aportado por el paciente y se trabaja en la fase inicial de la terapia (Ávila y Poch, 1994 y Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2001).
2. Foco universal.- Duelo por la pérdida de la relación terapéutica, que deberá ser trabajado debido a la influencia que tiene sobre la consolidación de los resultados terapéuticos. Se trabaja en la fase final de la terapia (Ávila y Poch, 1994).

El proceso de focalización consiste en formular un foco a partir de la demanda o problemática del paciente para hacerlos asequibles al tratamiento. El terapeuta debe ir conociendo cuál es la dinámica relacional característica de esa persona. Para ello, explorará tres puntos en las entrevistas iniciales al tratamiento: la situación actual que ha motivado la demanda, las situaciones biográficas anteriores y la relación que mantiene con el terapeuta (transferencia). En relación con este último aspecto, es importante señalar que el foco se establece en el contexto de una buena interacción entre paciente y terapeuta. A partir de la información obtenida durante las entrevistas previas al tratamiento que tienen una finalidad diagnóstica, el terapeuta inferirá la situación conflictiva predominante. En este momento se preguntará: *“¿cuáles son las zonas de conflicto relacional más perturbadas del paciente y cuáles de estas zonas son asequibles para el tratamiento psicoterapéutico?”* (Ávila y Poch, 1994).

El foco puede ser puesto en los eventos precipitantes, en los síntomas, en los sentimientos, en las relaciones personales, en la historia pasada o estar implícito en los problemas vitales del paciente.

Requisitos que debe cubrir el terapeuta para trabajar la psicoterapia breve

García (1997) señala que el terapeuta debe cubrir ciertos requisitos para trabajar la psicoterapia breve con un paciente:

- Haber pasado por un psicoanálisis personal prolongado y profundo para poder discriminar lo manifiesto de lo latente y lo esencial de lo accesorio, sin mezclar la problemática del paciente con la propia. Esto significa un buen manejo de la contratransferencia.
- Mucha experiencia clínica en tratamientos prolongados como base previa para poder ponderar los cambios de distintos "procesos analíticos".
- Trabajo supervisado por un especialista.
- Capacidad de observación detallista a la vez que capacidad organizativa para planificar la terapia centrando correctamente el foco.
- Un Yo plástico capaz de introducir modificaciones en la estrategia conforme sean necesarias para el caso.
- Tolerancia a la frustración ya que no todo se solucionará.
- Por la misma razón, un narcisismo sano, es decir, no ávido de triunfos omnipotentes y maníacos.
- Sentido común, siempre imprescindible pero más aún cuando el factor tiempo pesa tanto.

2.6. Psicoterapia breve cognitivo-conductual

La psicoterapia breve cognitivo-conductual representa la integración de los principios derivados de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva. Supone un enfoque más comprensivo de tratar diferentes problemáticas y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a incrementar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo. La terapia breve debe ayudar a los pacientes a comprender que ellos originan sus problemas

emocionales y conductuales provocados por sus propias creencias; en consecuencia, son ellos quienes pueden cambiarlos. Por esto deben fijarse metas y encontrar razones para modificar o interrumpir sus comportamientos problema e identificar las situaciones con mayor probabilidad de presentar la conducta problema, para desarrollar estrategias que les permita enfrentarse a ellas (Hewitt y Gantiva, 2009).

Características

Hewitt y Gantiva (2009) señalan que la psicoterapia breve centrada en la perspectiva clínica cognitivo-conductual, tiene las siguientes características:

1. Terapia de tiempo limitado y corta duración. Se toma en cuenta el número de sesiones a las que la mayoría de las personas asiste, con el fin de evitar una interrupción prematura. Por otra parte, fijar una meta en un marco temporal como parte del proceso terapéutico aumenta la motivación del paciente y evita su pasividad y dependencia.
2. Se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza el presente y se orienta hacia el futuro, donde se va a desempeñar el individuo.
3. Pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio. Los pacientes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, lo que incrementará su sentido de autoeficacia. La finalidad de la terapia es que los pacientes desarrollen un sentido de dominio personal o eficacia. Dicho control se inicia con la formulación de sus propias metas, que no son impuestas por el terapeuta, sino definidas y propuestas por el paciente. Una vez que empieza a experimentar éxito en uno o dos aspectos de su vida, el paciente puede plantear expectativas de autoeficacia en otras áreas.

4. Trabaja la cognición y la emoción para lograr el cambio. Se reconoce que las valoraciones, las expectativas y otros constructos cognitivos desempeñan un papel clave en la emoción; por tanto, se promueve la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos y los problemas emocionales, pues está demostrado que los estados anímicos influyen sobre las percepciones que las personas tienen de sí mismas y de los demás. De esta manera, a través de la modificación cognitiva, la terapia breve pretende producir cambios emocionales y superar las dificultades internas que interfieren en la disposición de las personas para hacer frente con éxito a sus problemas, exigencias y tensiones de la vida diaria.

5. Tiene como objetivo la toma de decisiones y el cambio comportamental. El paciente analiza los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados.

Estructura general del desarrollo de la psicoterapia

En esta psicoterapia se debe desarrollar una serie de procesos y pasos que permitan el logro de los objetivos de las intervenciones breves, por lo que Miller y Sánchez (citados por Hewitt y Gantiva, 2009), proponen una estructura básica de intervención breve denominada FRAMES (por sus siglas en inglés: *Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empathetic, Self-efficacy*), que consiste en:

- Proporcionar *retroalimentación* sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
- Enfatizar en la *responsabilidad* de la persona en su proceso de cambio.
- *Asesorar* al paciente sobre su cambio de comportamiento.
- Proveer al paciente de una *amplia gama* de opciones de cambio.
- Desarrollar una relación *empática*.
- Fortalecer la *autoeficacia* en el consultante sobre su capacidad de cambio.

Otro enfoque ampliamente utilizado en las intervenciones breves, complementario al anterior, es el propuesto por el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (CSAT), el cual consiste en:

- Retroalimentar al paciente sobre los resultados de las evaluaciones realizadas y los riesgos para la salud.
- Asesorar persuasivamente al consultante para el cambio de comportamiento.
- Evaluar la disponibilidad al cambio del paciente.
- Negociar el establecimiento de metas y el tratamiento a utilizar.
- Programar sesiones de seguimiento.

2.7. Tratamientos integrados

Uno de los principales retos de la psicoterapia actual es la evolución desde la pluralidad y diversidad teórica y técnica hacia la exploración de un enfoque común, desde el eclecticismo hacia la integración en psicoterapia. Este movimiento de integración, presenta al menos cuatro acercamientos diferentes, como lo señalan Colodrón, Paz y Hurtado (2003):

1. *Integración teórica*, que pretende sintetizar diferentes modelos a nivel teórico.
2. *Eclecticismo técnico*, que intenta combinar intervenciones clínicas que son probadamente efectivas, sin tomar en cuenta su origen teórico.
3. *Factores comunes*, que se esfuerza por construir un modelo integrador basado en aquellos elementos inespecíficos y que comparten las terapias eficaces.
4. *Integración asimilativa*, resultante de la integración del eclecticismo técnico y de la integración teórica, en el cual las técnicas efectivas provenientes de diversos modelos son integradas en un marco teórico central coherente.

Siendo el más frecuente en las investigaciones el de factores comunes o también llamados factores de cambio inespecíficos (Colodrón, Paz y Hurtado,

2003; Krause et al, 2006 y Romero, 2008), los cuales muestran que existen factores comunes a todas las psicoterapias que explican el cambio, independientemente de la orientación teórica que tenga el terapeuta.

Este interés por los factores comunes surge a raíz de la investigación realizada por Lambert (citado por Corbella y Botella, 2004) quien demostró que los cambios que experimentan los pacientes en psicoterapia se deben en un 40% a factores extraterapéuticos; 30% a factores comunes; 15% al efecto placebo y solo el 15% a las técnicas aplicadas en la terapia. Agrega que los estudios sobre la eficacia diferencial de un enfoque terapéutico sobre otro, no han obtenido pruebas que permitan determinar que existe uno de ellos más adecuado que otros, basados en los resultados clínicos (Lambert y Bergint, citados por Colodrón, Paz y Hurtado, 2003).

Desafortunadamente, como señala Romero (2008), existe una resistencia por parte de los psicoterapeutas a aceptar que las psicoterapias de otros modelos teóricos puedan ser tan efectivas como la de su propia orientación. Asimismo, existe una reticencia arraigada de los psicoterapeutas para aceptar la similitud en cuanto a la eficacia de las distintas psicoterapias. También propone que haya una integración de las diferentes teorías y técnicas psicoterapéuticas para minimizar la ortodoxia y las leyes basadas en la teoría, ya que tal rigidez puede ser un elemento que explique su aparente bajo poder generador de cambio. De esta forma, los problemas de una orientación teórica residen en su ortodoxia, no en la teoría *per se*.

El presente estudio combina dos intervenciones clínicas, de las cuales la cognitivo-conductual ha mostrado ser eficaz para el tratamiento de depresión unipolar, pero la psicoterapia dinámica breve (12 sesiones), aún muestra resultados ambiguos (Pérez y García, 2001)

CAPITULO 3

Evaluación psicológica

3.1. Introducción

A partir de la publicación de Eysenck en 1952, sobre la ineficacia de los tratamientos psicológicos de la época, surge un gran interés por evaluar las intervenciones psicológicas utilizando el método científico (Mustaca, 2004); sin embargo, las investigaciones controladas en contextos artificiales que evalúan la eficacia presentan problemas en la validez externa, ya que omiten muchos de los elementos típicos de la práctica clínica real. Por ejemplo, a) utilizan tratamientos de duración prefijada, b) las intervenciones se aplican de forma estándar sin adaptarlas a las características de los pacientes o sin corregirlas en función de la evolución del caso, 3) los pacientes son seleccionados para conseguir muestras con trastornos “puros” o con la menor comorbilidad posible, 4) los pacientes son asignados a los grupos al azar y no pueden decidir la intervención que seguirán ni el terapeuta con el que trabajarán, 5) los estudios con frecuencia se centran más en la reducción de síntomas específicos que en la mejora del funcionamiento general y 6) los terapeutas están muy motivados y en muchos casos, tienen poca experiencia profesional (Bados, García y Fausté, 2002).

Las investigaciones que estudian el tratamiento tal como es aplicado en la práctica real suelen fallar en validez interna: muestras sesgadas, falta de grupos control, diagnósticos a veces poco rigurosos y empleo frecuente de medidas retrospectivas. No obstante, nada impide estudiar amplias muestras de pacientes, emplear diversos momentos de evaluación (pre, durante, post, seguimientos) y utilizar una diversidad de medidas (entrevistas, cuestionarios, juicios del terapeuta e informes de otras personas). Además, existen métodos estadísticos como la regresión, las ecuaciones estructurales o el modelo causal, que permiten analizar a nivel probabilístico en qué medida los efectos observados son debidos al tratamiento o a otras variables. Estos recursos permiten

compensar, al menos parcialmente, la falta de grupos control. En consecuencia, es importante realizar estudios tanto en condiciones artificiales controladas como en la práctica clínica real. Sólo trabajando desde ambas perspectivas, podrá superarse la poca o nula comunicación existente entre la investigación controlada y la práctica clínica (Bados, García y Fausté, 2002).

Por otro lado, es importante señalar que en los últimos años los psicoterapeutas han asumido una actitud crítica con respecto a sus modelos de intervención, lo cual se ve reflejado en la gran cantidad de investigaciones que se han realizado, en las cuales se ha demostrado que la psicoterapia psicológica es una estrategia significativamente eficaz en la producción de cambios individuales. Asimismo, la investigación acerca del proceso terapéutico muestra diferencias metodológicas consistentemente significativas entre terapeutas de distintas orientaciones teóricas. Finalmente, a pesar de las diferencias metodológicas, parece que no existen resultados significativamente desiguales entre las distintas corrientes terapéuticas; es decir, procesos diferentes conducen a resultados idénticos (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Bados, García y Fauste, 2002).

3.2. Concepto de evaluación psicológica

Una de las definiciones más empleadas es la de Fernández-Ballesteros (citado por Buela-Casal y Sierra, 1997), quien define a la evaluación psicológica:

“... como aquella disciplina de la psicología científica que se ocupa de la exploración y análisis del comportamiento de una persona o un grupo de personas, con distintos objetivos que pueden ser básicos o aplicados (descripción, diagnóstico, selección, predicción, explicación, cambio o valoración) a través de un proceso de toma de decisiones en el que se entretajan la aplicación de una serie de dispositivos, tests y técnicas de medias y evaluación (p 86)”

Cordero et al. (1997) definen a la evaluación psicológica como un proceso a través del cual el psicólogo, con base en la primera información obtenida, formula hipótesis, deduce enunciados verificables, comprueba éstos y llega a conclusiones. Asimismo, es el proceso a través del cual se deciden, con base en los objetivos del caso y de unas hipótesis, qué instrumentos (tests u otros) van a ser administrados, en qué condiciones, qué análisis van a realizarse y qué decisiones van a adoptarse a la hora de responder a las demandas del caso (Cordero et al, 1997).

La perspectiva histórica nos muestra que la definición de *evaluación psicológica* ha pasado de un enfoque psicométrico (aplicación de tests), a uno de psicodiagnóstico clínico de tipo médico (características de las personas) y de éstos, a un enfoque conductual. En la actualidad, el término ha ampliado su objeto de estudio, no limitándose única y exclusivamente a las características psicológicas de las personas, sino que abarca contextos específicos (evaluación del ambiente), tratamientos, programas o intervenciones (evaluación de programas). Por todo ello, la evaluación psicológica constituye el estudio científico, a través de diferentes procedimientos de recogida de información de las actividades o características psicológicas de una persona o grupo específico de personas, ambientes específicos y/o intervención (Buela-Casal y Sierra, 1997).

3.3. Evaluación en psicología clínica

Un aspecto especialmente importante de la evaluación en el ámbito de la psicología clínica es el referente a los efectos de los tratamientos aplicados, para lo cual se requiere de una delimitación objetiva y detallada de las variables implicadas en cada caso, mediante la utilización de técnicas de evaluación que cumplan las mínimas garantías científicas exigibles; así como, el uso riguroso de diseños apropiados para su utilización clínica. Mediante la correcta implementación de estos diseños podrán obtenerse datos no contaminados y sentarse las bases para investigar y evaluar los efectos de las intervenciones

terapéuticas, aspecto fundamental de la investigación científica en un campo que tiene como uno de sus objetivos fundamentales la resolución de problemas clínicos. Es evidente que tanto desde una perspectiva científica como clínica y social, deben ser adecuadamente analizados los efectos que los procedimientos de intervención utilizados tienen sobre el comportamiento de los individuos, evaluando específicamente hasta qué punto el tratamiento aplicado es el causante del cambio observado en el comportamiento del individuo. La elección del diseño más adecuado se convierte así en un aspecto de capital importancia (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Dentro de la investigación clínica experimental, Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) mencionan que hay tres variedades generales de diseños:

- Diseños intergrupo o también llamados de comparación entre grupos.
- Diseños intragrupo.
- Diseño de replicación intrasujeto, también conocido como caso único.

Diseños de comparación entre grupos

Son los más utilizados en la investigación cuando se trata de realizar comparaciones entre la efectividad de distintos tratamientos o cuando se pretende un análisis de los componentes activos de los mismos. Entre los numerosos tipos de diseños intragrupo, los más utilizados son el diseño de grupo control pretest-posttest, el diseño de grupo control con sólo posttest, el diseño de Solomon y los diseños factoriales con medidas independientes.

Diseños intragrupo

Son aquellos en los que el sujeto sirve como su propio control, estableciéndose comparaciones sobre los mismos individuos en diferentes

momentos del tiempo o tras haberse sometido a diferentes tratamientos, eliminándose por consiguiente el error debido a la varianza intergrupos.

Diseño de replicación intrasujeto

Es común que a este tipo de diseños se les denomine de caso único, sin embargo, esta denominación resulta engañosa, ya que algunos diseños que pertenecen a esta categoría requieren más de un sujeto; por lo que, parece más adecuada su denominación como diseños de replicación intrasujeto.

Los diseños de replicación intrasujeto pueden estar formados por grupos de un solo sujeto, o bien por grupos de más de un individuo. En ambos casos ($N=1$, $N>1$), la estrategia experimental consiste en replicar sistemáticamente, a través de un solo sujeto o de varios, cada uno de los tratamientos o tratamiento de que consta la investigación.

Este tipo de diseños ha sido ampliamente utilizado en investigación psicoterapéutica, debido a que permite evaluar la intervención clínica en sujetos individuales y permite salvar numerosas limitaciones y problemas que plantean otros diseños, como son:

- Dificultades prácticas para la obtención de grupos control adecuados y muestras suficientemente amplias.
- Problemas de igualación de muestras.
- Dificultad a la hora de generalizar los resultados alcanzados por el grupo a un paciente concreto.
- Sobre valoración del cambio estadístico y minusvaloración del cambio clínico.
- Costo elevado.

Como sucede con otras estrategias experimentales, los diseños de replicación intrasujeto son muy variados, existiendo importantes diferencias entre los diversos

diseños que pueden incluirse dentro de esta categoría. No obstante, puede extraerse una serie de aspectos comunes a los mismos:

- Especificación clara y objetiva tanto de las conductas de interés como de los instrumentos para su registro y forma en que serán evaluadas.
- Medición repetida y continuada de la conducta a lo largo de las diversas fases en que están divididos los diseños.
- Generalmente existe un período inicial de observación denominado “línea base”, que suele ser designado como la fase A del estudio. Durante este período, se registra la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta o conductas objeto de estudio, lo que nos proporciona un punto de comparación del cambio producido en la misma por un factor determinado. A este respecto, es importante destacar que normalmente se toma una serie de medidas hasta que surge un patrón de conducta estable, requiriéndose un mínimo de tres medidas aun en el caso de comportamientos que aparentan escasa variabilidad.
- La variable independiente de interés suele ser una intervención o tratamiento particular que se aplica en un momento concreto denominado fase de intervención, con el objetivo de alterar la conducta del sujeto.
- Una regla fundamental a seguir en la utilización de estos diseños es la de cambiar una sola variable cada vez que se procede de una fase a otra. Cuando dos variables son manipuladas simultáneamente, el análisis experimental no permite llegar a la conclusión de cuál de los dos componentes, o qué cantidad de cada uno contribuye a la mejora de la conducta objetivo.

Los diseños de replicación intrasujeto pueden ser analizados en función de la lógica que utilizan para la obtención y comparación de los datos, por lo que se puede hablar de tres grandes tipos de diseños o estrategias generales.

- a) Diseños intraseries, que tienen como objetivo determinar los cambios existentes dentro de una serie de puntos de datos en una sola medida o en un conjunto homogéneo de medidas.
- b) Diseños interseries comparan dos o más series de puntos de datos a través del tiempo.
- c) Estrategias combinadas, utilizan conjuntos coordinados de comparaciones efectuadas tanto dentro de una serie como entre series diferentes, por lo que suponen, como su nombre indica, una combinación de los diseños anteriores.

3.4. Evaluación del proceso y de los resultados del tratamiento

Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) señalan que existen dos estrategias que permiten a los clínicos e investigadores dar un seguimiento sistemático a sus intervenciones, lo que posibilita simultáneamente la extrapolación de las generalizaciones para una conceptualización global del proceso terapéutico, las cuales son:

- 1) Centrados en los resultados.
- 2) Centrados en el proceso terapéutico.

3.4.1. Estrategias centradas en los resultados

La evaluación centrada en los resultados debe ir dirigida a encontrar los factores responsables del éxito o eficacia terapéutica y al mismo tiempo diferenciar los resultados en función de las técnicas, terapeutas, contextos, poblaciones y problemas, entre otros, lo cual posibilita una mayor generalización, predicción y control del fenómeno terapéutico. No obstante, dichas evaluaciones presentan algunos inconvenientes entre los que se encuentran en primer lugar, que los resultados medios obtenidos a través del análisis de un grupo de sujetos, no aseguran la eficacia de una determinada terapia en un determinado paciente;

es decir, por más que se diferencien los pacientes en la evaluación de los resultados en términos demográficos, de personalidad, cognitivos, de desarrollo y de contexto biopsicosocial, cada persona es incuestionablemente única. En segundo lugar, toda psicoterapia, aun cuando esté estandarizada, no constituye un procedimiento uniforme, por lo que el proceso de organización en medidas de tendencia central de los resultados dificulta el esclarecimiento sobre los subcomponentes de cambio (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Para poder llevar a cabo este tipo de evaluación, Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) señalan que es importante organizar el proyecto de investigación en cuatro etapas fundamentales:

- a) Estandarización del tratamiento, en esta etapa se especifica detalladamente el tratamiento que se pretende evaluar.
- b) Evaluación de los resultados globales.
- c) Evaluación comparativa de los resultados, en esta etapa se realiza una comparación de los efectos del tratamiento con otros enfoques terapéuticos (eficacia diferencial).
- d) Evaluación diferencial de la matriz terapéutica, consiste en un análisis más detallado de la interacción entre los diferentes factores o variables presentes (características personales del terapeuta o del paciente, tipos de problemas y contexto del proceso terapéutico, entre otros.)

a) Estandarización del tratamiento.

Es importante estandarizar el tratamiento, para lo cual se deben considerar tres aspectos: 1) organización de un manual terapéutico con una descripción detallada de las fases, objetivos y técnicas terapéuticas utilizadas; 2) entrenamiento de los psicoterapeutas en la implementación del manual terapéutico y 3) seguimiento de la adhesión del terapeuta a los manuales (Stiles y cols, citados por Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

b) Evaluación de los resultados globales

Para llevar a cabo la evaluación de los resultados globales es necesario seleccionar las variables dependientes más adecuadas; hacer comparaciones entre medidas de pretratamiento, postratamiento y seguimiento. Asimismo, es importante seleccionar medidas que engloben varias dimensiones del funcionamiento psicológico del paciente (comportamentales, emocionales y cognitivas), así como los aspectos sintomáticos más específicos. Finalmente, siempre que sea posible, los cambios terapéuticos deberán ser evaluados bajo diferentes puntos de vista (el del paciente, el del terapeuta y el de jueces externos).

La evaluación de los resultados globales nos permite explorar el sentido de un determinado cambio y juzgar la utilidad de realizar estudios posteriores más costosos como los análisis comparativos o de matrices. Sin embargo, no podemos identificar las causas de la eficacia de una determinada estrategia terapéutica, ni siquiera atribuir al proceso la causalidad lineal de los resultados. Para ello es necesario pasar a la siguiente fase, que es la evaluación comparativa de resultados.

c) Evaluación comparativa de los resultados

Esta evaluación nos permite dar respuesta a algunas cuestiones relativas a la eficacia diferencial de los resultados de diversos enfoques terapéuticos y correlativamente extrapolar relaciones de causalidad.

Para poder esclarecer la eficacia diferencial de un determinado proceso terapéutico, es absolutamente imprescindible realizar una comparación entre varias estrategias de tratamiento y entre éstas y la ausencia de tratamiento, para lo cual en primer lugar es necesario estandarizar los diferentes tratamientos en estudio a través de la descripción detallada de los respectivos componentes terapéuticos. En segundo lugar, es imprescindible realizar estudios comparativos

con grupos de control (no tratados) o de contraste (metodologías alternativas de reconocida eficacia). Además, para asegurar la validez de las comparaciones es necesario que los sujetos sean distribuidos aleatoriamente en cada uno de los grupos de estudio. En tercer lugar, dado que los diferentes procedimientos terapéuticos favorecen distintos resultados, las variables dependientes seleccionadas deben contemplar necesariamente las diferentes dimensiones enfatizadas en cada una de las perspectivas de estudio. En cuarto lugar se tiene que tomar en cuenta las diferentes perspectivas del análisis de resultados (e.g. pacientes, terapeutas, observadores externos). Finalmente, se deberán realizar medidas de pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

Es importante destacar que no siempre es posible cumplir con todos estos requisitos, por ejemplo, en condicionamientos institucionales o razones de carácter ético pueden imposibilitar la utilización de grupos de control no tratados. Una alternativa a los grupos de control no tratados que se suele utilizar frecuentemente, consiste en comparar la estrategia a estudiar con un tratamiento de reconocida eficacia.

d) Evaluación diferencial de la matriz terapéutica.

La evaluación diferencial de la matriz terapéutica intenta responder a la cuestión planteada por Paul (1967, citado Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) sobre ¿qué tratamiento realizado por qué terapeuta es más eficaz para este paciente con este problema en estas circunstancias? Para dar respuesta a esta pregunta, se realiza un análisis del efecto de la interacción entre las diferentes variables que están presentes en el proceso terapéutico. Idealmente, en una evaluación diferencial de la matriz terapéutica se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Definición y operacionalización de varios tratamientos.

- Definición de varias características del terapeuta, como son: experiencia profesional, edad, sexo, personalidad, estilos cognitivos, variables de poder y de influencia.
- Definición de variables que caracterizan al paciente, como la edad, el sexo, la personalidad, el nivel de desarrollo y los estilos cognitivos.
- Definición del tipo de problema (trastornos de ansiedad y trastornos afectivos).
- Definición de los contextos de tratamiento (individual, en grupo, en contextos educacionales, en contextos de salud y ambulatorio)
- Definición de la evaluación de los resultados (multidimensionales, antes y después del tratamiento y evaluados desde diferentes perspectivas).

Por medio de la diferenciación de factores potencialmente influyentes en el proceso terapéutico, se intenta esclarecer no solo a contribución individual de cada una de estas variables al resultado terapéutico, sino el efecto de las interacciones entre las diferentes variables presentes. Desgraciadamente, la compleja red de interacciones hace difícil la realización de estudios de evaluación diferencial de la matriz terapéutica, optando, en la mayoría de los casos, por esclarecer algunas de las interacciones consideradas hipotéticamente como más significativas. Ante tal complejidad, algunos autores sugieren reducir el gran número de variables potencialmente responsables de interacción con el tratamiento a dimensiones teóricamente definidas que permitan una evaluación más comprensiva de la complejidad del proceso terapéutico (Beutler, citado por Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

Modelos estadísticos

En cuanto a los principales modelos estadísticos subyacentes a cada una de estas etapas de evaluación de los resultados terapéuticos, cabe resaltar que los más utilizados son los de análisis univariados que identifican únicamente la dirección y la significación del cambio. Las evaluaciones comparativas de los resultados, dada la naturaleza múltiple de las variables independientes y

dependientes exige recurrir a modelos multivariados (ANOVA) capaces de mostrar la significación de la interacción entre los momentos de la evaluación (pretest y posttest) y el tratamiento para diferentes medidas del proceso terapéutico. Por último, para la evaluación diferencial de la matriz terapéutica se recomienda el uso del análisis de regresión múltiple, el cual permite la predicción de la contribución individualizada o global de una o varias características de la terapia (terapia, terapeuta, paciente, problema, contexto) a los resultados terapéuticos.

3.4.2. Estrategias centradas en el proceso.

La evaluación del proceso terapéutico pretende mostrar mediante un análisis detallado los factores responsables del cambio. Se hace énfasis a describir y explicar las acciones e interacciones que se producen en el contexto psicoterapéutico y que afectan a los resultados. Sin embargo, no se pueden generalizar los resultados, debido a que los procesos dependen del contexto; además, distintos procesos pueden ser funcionalmente similares y el mismo proceso puede contribuir a resultados diferentes, dependiendo del contexto específico.

En la evaluación de proceso existen dos momentos que permiten realizar una evaluación de la eficacia global y diferencial con una comprensión y explicación del fenómeno de transformación y cambio en psicoterapia.

- a) Evaluación de la relación entre procesos y resultados.
- b) Evaluación secuencial de las respuestas terapéuticas.

Estos momentos corresponden a metodologías elaboradas progresivamente en la historia de la investigación del proceso terapéutico:

- c) Evaluación de los procesos de mediación cognitiva.
- d) Evaluación de los procesos de construcción fenomenológica.
- e) Evaluación de las tareas terapéuticas.

a) Evaluación de la relación entre procesos y resultados terapéuticos.

En un programa de evaluación de la relación entre procesos y resultados es necesario identificar y operacionalizar las variables del terapeuta de forma que puedan ser asociadas a diferentes abordajes terapéuticos. Del mismo modo, se debe identificar, operacionalizar y cuantificar variables del paciente. Finalmente, es imprescindible que las variables del proceso tanto del terapeuta como del paciente, sean evaluadas desde diferentes puntos de vista (paciente, terapeuta y observadores externos).

Algunas de las desventajas de este tipo de evaluación es que son cualitativas, existe poca operacionalización de las variables del proceso que dificultan la comprensión específica de los mecanismos de cambio y las variables globales contribuyen muy poco a la comprensión del proceso de transformación que se produce momento a momento en el discurso de la relación terapéutica.

b) Evaluación secuencial de las respuestas terapéuticas,

Los investigadores tratan de completar la visión descriptiva del proceso terapéutico con una perspectiva explicativa, teniendo como base el análisis de la frecuencia de las relaciones secuenciales entre las respuestas verbales y no verbales del terapeuta y las del paciente. El análisis secuencial se usa para identificar en qué medida un determinado comportamiento emitido por un miembro del sistema de interacción es seguido por otro comportamiento, más o menos frecuentemente de lo que cabría esperar del azar. Se realiza un análisis en cada sesión de secuencias de respuestas unidireccionales y bidireccionales de orden proximal y distal; y, finalmente, un estudio de la relación entre patrones secuenciales y resultados terapéuticos.

c) Evaluación de los procesos de mediación cognitiva

El proceso terapéutico es mucho más complejo de lo que a simple vista supone la secuencia de respuestas terapéuticas. Además de la dimensión comportamental que está presente en todo proceso terapéutico, hay toda una serie de acontecimientos privados que incluye las variables cognitivas y encubiertas que es necesario decodificar.

En esta evaluación es necesario realizar medidas del procesamiento cognitivo, de las percepciones, de las intenciones y de las respuestas tanto del terapeuta como del paciente; asimismo se deben recoger medidas multidimensionales de los resultados desde diferentes puntos de vista (paciente, terapeuta y observadores externos).

d) Evaluación de los procesos de construcción fenomenológica

Recientes perspectivas constructivistas sobre la conceptualización del proceso terapéutico defienden que todo el conocimiento implica un proceso de participación proactiva de los individuos. De esta forma, el terapeuta y el paciente aportan a la psicoterapia la singularidad de sus procesos de construcción de conocimiento, por medio de los que crea una realidad subjetiva de construcción fenomenológica. De ahí que, tal vez más importante que explorar la realidad del proceso terapéutico, sea el estudio de esa subrealidad de construcciones fenomenológicas del paciente y del terapeuta.

De los datos publicados hasta el momento, hay dos aspectos dignos de mencionar. Primero, se verifica que terapeuta y paciente actúan, en el contexto de la terapia, en más de un nivel de conciencia y que algunos de estos niveles no se comunican al interlocutor. En segundo lugar, cada uno de los participantes en el proceso terapéutico tiene un papel activo y de auto organización en presencia de las respuestas de los interlocutores.

De este importante conjunto de conclusiones surgen algunas recomendaciones para la evaluación del proceso de construcción fenomenológica: identificación y selección de varios momentos considerados como significativos por el terapeuta y el paciente, proceso de recuerdo interpersonal de esos momentos en los que se solicita de forma separada para cada uno de los interlocutores que describan lo que imaginaban, pensaban o sentían en cada uno de esos momentos, división de recuerdos del terapeuta y paciente en unidades de significado (por ejemplo, unidades del discurso que vinculan a un concepto) y posterior construcción de significado por medio de análisis de la teoría de campo y finalmente análisis multidimensional y desde varios puntos de vista de los resultados terapéuticos.

e) Evaluación de las tareas terapéuticas.

Los modelos de los procesos humanos de solución de problemas deben tener como base un estudio intensivo de las estrategias utilizadas por los individuos en tareas específicas. Esta estrategia, designada como análisis o evaluación de tareas, consiste en la definición de un espacio problemático (listado hipotético de alternativas de solución de problemas). Esta metodología permite modelar la realización de las actividades de procesamiento de información de individuos en situaciones específicas y así hipotetizar y evaluar modelos de transformación terapéutica. En general, en la evaluación de tareas se distinguen tres momentos: selección de una tarea específica, elaboración de un modelo de cambio, y perfeccionamiento y evaluación de este modelo.

En un proyecto de evaluación de tareas terapéuticas, existen seis aspectos esenciales: a) desarrollo preliminar de un modelo describiendo el contexto de la tarea, b) relación entre proceso y resultados a través de la definición y especificación de las medidas de evaluación de los resultados globales, c) análisis preliminar intensivo y perfeccionamiento del modelo tomando como base el estudio de las transcripciones clínicas, d) mantenimiento de un contexto estable

de la tarea a través de su estandarización y de procedimientos terapéuticos específicos, e) especificación y validación de las medidas del proceso capaces de evaluar las operaciones hipotetizadas como centradas y por último, f) establecimiento de hipótesis y examen extensivo de esas hipótesis.

Modelos estadísticos

Los modelos estadísticos que se utilizan para la evaluación de la relación entre proceso y los resultados sigue habitualmente modelos de análisis de regresión múltiple que permiten el estudio de la capacidad predictiva de variables del proceso, tomadas aislada, sumativa y multiplicativamente. La evaluación secuencial de las respuestas terapéuticas exige recurrir a modelos estadísticos de análisis secuencial en los que se elaboran matrices de transición e índices de dependencia secuencial cuya magnitud es habitualmente evaluada por pruebas estadísticas transformadas. La evaluación de la medición cognitiva recurre frecuentemente a modelos estadísticos donde predominan el análisis de regresión múltiple y los procedimientos de análisis secuencial. Por lo que se refiere a la evaluación de los procesos de construcción fenomenológica, aunque frecuentemente se usan análisis cualitativos, se recomiendan los modelos de escalamiento multidimensional, capaces de fortalecer una representación espacial de la interrelación entre los significados del paciente y del terapeuta. Por último, las estrategias de evaluación de las tareas terapéuticas podrán acudir a modelos estadísticos *loglineares* que nos permiten evaluar modelos hipotéticos relativos a los efectos principales e interactivos de los diferentes componentes del modelo.

A lo largo del capítulo se describen dos estrategias (proceso y resultado) para evaluar las intervenciones psicoterapéuticas, las cuales pueden ser empleadas por los psicoterapeutas que quieran saber si sus intervenciones logran los objetivos planteados; sin embargo, es importante que tengan en cuenta que existen ventajas y desventajas al realizar investigaciones controladas o al estudiar el tratamiento tal como fue aplicado en la práctica real.

En el presente estudio se realizó una evaluación de resultado del tratamiento aplicado en la práctica diaria. Se evaluaron tres momentos (pre, durante y post), utilizando diversos instrumentos de recolección de datos (entrevistas, lista de cotejo y notas del terapeuta).

CAPITULO 4

Método

En los últimos años la depresión ha ido en aumento y de acuerdo con los datos de la OMS, se calcula que para el 2020 será una de las principales causas por la que los empleados solicitarán incapacidad, por lo cual es de suma importancia un tratamiento eficaz. Al respecto existe una gran cantidad de publicaciones que muestran la eficacia de diferentes psicoterapias breves en el tratamiento de la depresión; pero a pesar de las diferencias metodológicas, se llega a resultados similares, por lo que en los últimos años se ha propuesto combinar intervenciones clínicas, con diferentes enfoques teóricos.

En este sentido, se observa que en la práctica clínica, es necesario realizar intervenciones terapéuticas considerando las necesidades específicas de cada paciente y tomando en consideración las políticas y normatividad de los servicios médicos privados a los que tienen derecho; por lo que en el caso de empleados bancarios que han sido diagnosticados con depresión, se optó por la psicoterapia breve (doce sesiones) y se combinó la orientación psicodinámica y la cognitivo-conductual, para ofrecerle un mayor beneficio al paciente. No obstante es necesario evaluar si este tratamiento disminuye de manera significativa los síntomas depresivos.

4.1. Objetivo

- Evaluar los resultados de la psicoterapia breve que combina la orientación psicodinámica y la cognitivo-conductual para atender las necesidades de apoyo psicológico de los empleados bancarios diagnosticados con depresión.

4.2. Participantes

La muestra estuvo conformada por seis empleados bancarios que laboraban en el Distrito Federal y que acudieron a psicoterapia con la investigadora, durante el periodo comprendido de enero de 2007 a marzo de 2011 (ver tabla 4), los cuales fueron seleccionados de manera propositiva con base en los siguientes criterios de inclusión:

- a) Diagnóstico de depresión.
- b) Tratamiento de doce sesiones.
- c) Asistencia a todas las sesiones.
- d) Sesiones individuales.
- e) Laborando al momento de la consulta. Se excluyeron los jubilados.
- f) Consultas pagadas por el servicio médico que les proporciona el banco.

Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes del estudio.

No.	Año de tratamiento	Sexo	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Puesto
1	2007	Femenino	35	Casada	Licenciatura en informática	Ingeniero en sistemas
2	2007	Femenino	28	Casada	Comercio Internacional (inconclusa)	Asistente administrativo
3	2007	Femenino	37	Casada	Preparatoria	Asesora de crédito
4	2009	Masculino	41	Casado	Ingeniero en electrónica (pasante)	Ingeniero en sistemas
5	2010	Femenino	31	Casada	Preparatoria	Ejecutiva de cuenta
6	2011	Masculino	25	Casado	Preparatoria	Analista

4.3. Instrumentos para la recolección de datos

- Entrevistas semiestructuradas.
- Expedientes clínicos. Integrados por la evaluación diagnóstica y las notas personales que realizaba la terapeuta después de cada sesión.
- Lista de cotejo de los síntomas de depresión (ver apéndice 1). Lista de catorce síntomas que definen el episodio depresivo de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) y al manual de Trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10).
Es una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (Siempre, Frecuentemente, Algunas veces, Casi nunca y Nunca).

4.4. Procedimiento

La presente investigación fue de tipo evaluativa. Su finalidad fue realizar una evaluación de resultado, para estimar si la psicoterapia breve de doce sesiones con orientación psicodinámica y cognitivo-conductual, disminuía los síntomas de depresión en empleados bancarios.

Para la recolección de datos se empleó la entrevista, la lista de cotejo de los síntomas depresivos y los expedientes clínicos.

A lo largo del tratamiento se realizaron tres evaluaciones, la primera correspondió a línea base o evaluación inicial, la segunda se realizó en la sexta sesión y se le denominó *evaluación intermedia* y la tercera fue al final del tratamiento (ver tabla 5).

En las tres evaluaciones, se empleó la *lista de cotejo de los síntomas de depresión* (ver apéndice 1) para marcar la frecuencia, en ese momento del tratamiento. Esto fue con base en las observaciones realizadas y de acuerdo a los comentarios del paciente en relación a como se había sentido.

Al final de cada sesión, la investigadora realizó notas personales, que consistieron en registrar los puntos más relevantes del tema abordado, los cambios observados y notas textuales (lo más precisas posible) de lo que el paciente había mencionado durante la sesión.

Tabla 5. Momentos en los que se realizó la evaluación de la psicoterapia breve.

Momento de la evaluación	Sesión en la que se realizó	Preguntas de evaluación.
Evaluación inicial	Primera sesión y en algunos casos parte de la segunda sesión	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la problemática? (se confirma el diagnóstico de depresión) • ¿Por qué tomó la decisión de buscar ayuda?, ¿por qué en este momento? (se busca el evento disparador) • ¿Cuánto tiempo tiene de haber iniciado esta problemática? • ¿Cuáles son los problemas más graves que le ha ocasionado? • ¿Qué áreas se encuentran afectadas (laboral, personal, familiar, social y emocional)?
Evaluación intermedia	Sexta sesión	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se ha sentido? • ¿Qué cambios ha visto? • ¿Qué cree que falta por resolver?
Evaluación final	Doceava sesión	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se ve ahora en comparación de cómo llegó? • ¿Qué se lleva del tratamiento? • ¿Qué creé que faltó revisar? • ¿Cuál es su proyecto de vida?

Análisis de resultados

Para determinar si hubo una disminución estadísticamente significativa de los síntomas depresivos, se obtuvieron las puntuaciones promedio antes, durante y después del tratamiento, para lo cual se utilizó *listas de cotejo de los síntomas de depresión*. Para el análisis estadístico, se empleó la prueba de Friedman para determinar si las diferencias entre dichas puntuaciones eran estadísticamente significativas.

Asimismo, se llevó a cabo un análisis cualitativo del contenido de las notas realizadas al final de cada sesión; para lo cual se identificó la palabra clave, se elaboraron categorías para resumir los datos y hacerlos inteligibles e interpretables.

4.5. Intervención

Objetivo de la terapia

Que el paciente comprendiera lo que le ocurría, por qué le ocurría, cómo enfrentarlo y cómo resolverlo.

Características generales

- Las sesiones se realizaron en un consultorio privado ubicado en la Ciudad de México.
- El tratamiento constó de doce sesiones que tuvieron una duración de 45 minutos, una vez por semana o en algunas ocasiones, cada quince días.
- En la psicoterapia breve se utilizó un enfoque psicodinámico y cognitivo-conductual, por la formación de la terapeuta en ambas técnicas. Además de que se buscó que la teoría se adaptara a las características específicas del paciente, a sus problemas dentro de la consulta y en su vida cotidiana, de tal forma que ayudara al paciente a aliviar sus síntomas y no forzar sus características para que encuadraran en una determinada técnica.
- El paciente y la terapeuta eligieron uno o dos focos para trabajar durante las sesiones.
- Se permitió que el paciente hablara libremente sobre sus pensamientos, sentimientos e ideas; siempre y cuando fueran con respecto al foco.
- Al ser una psicoterapia breve, durante las sesiones no se favorecieron los silencios. Cuando ocurrieron se pregunta: ¿en qué está pensando?

- La intención de la psicoterapia no sólo era que sirviera para aliviar o desaparecer síntomas en el corto plazo, sino que promoviera la reflexión y la comprensión de su problemática que lo llevara a un mejor desarrollo personal.
- Se trabajó en el presente, utilizando el pasado únicamente para identificar patrones aprendidos en la infancia y que se repiten de manera inconsciente en la edad adulta, para que el paciente entendiera por qué actuaba de esa forma.
- Para identificar los patrones aprendidos, se exploró las relaciones en la primera infancia con padres y hermanos (¿cómo han sido?, ¿cómo fueron los roles entre el paciente y sus padres, entre hermanos, entre padres y hermanos?).
- Para identificar patrones de afrontamiento y solución de problemas, se le preguntó al paciente en qué otras ocasiones se había sentido de la misma forma o le había ocurrido algo similar y como lo había resuelto.
- Durante la psicoterapia la terapeuta tuvo una participación activa y muchas veces directiva, ya que confrontaba e interpretaba al paciente y recomendaba algunas técnicas cognitivas como son:

Ψ *Confrontar la realidad*, que consistió en preguntarle al paciente en qué aspectos de la realidad basaba sus ideas, pensamientos y/o temores (por ejemplo: de que no es capaz de lograr algo), para afirmar que eran ciertos. Con esta técnica el paciente iba descubriendo que en la mayoría de los casos, no tenía elementos de realidad que mostraran que no podía hacer tal o cual cosa. Asimismo, se hizo una correlación con las cosas que sí había logrado, buscando llevar al paciente a darse cuenta de las cosas que sí ha sido capaz de lograr. Por ejemplo, “terminó una licenciatura, a pesar de las situaciones adversas; para lograrlo tuvo que trabajar y estudiar y sacrificar varias cosas”.

Ψ *Técnicas de imaginería*, propició que el paciente explorara diferentes soluciones a sus problemas desde la imaginación, visualizando las distintas situaciones que iba a enfrentar y que fuera considerando los pros y los contras en cada una de las posibles soluciones. Enriqueciendo la

visualización con la mayor cantidad de detalles posibles para hacerlo más “real” Por ejemplo, “se quiere divorciar: ¿cómo se lo diría a su esposo?, ¿cuál cree que sería su reacción?, ¿qué haría si le dice que no se quiere divorciar?, ¿quién le apoyaría con sus hijos?, ¿quién se va a ir de la casa?, ¿cómo se van a repartir los bienes?, ¿cuál sería el manejo del dinero?”

Ψ *Agendando preocupaciones*, esta técnica ayudó al paciente a desarrollar habilidades de orden y organización, empezando por el pensamiento; ya que al estar deprimido, se encontraba preocupado por diversas situaciones que le generaban una disminución en la atención y en la concentración.

Consistió en que el paciente identificara cuáles eran sus principales preocupaciones, que las jerarquizara y les diera un orden cronológico para ejecutarlas. Se le pedía al paciente que cuando algo le preocupara se preguntara: ¿esto que me preocupa lo puedo resolver en este momento?, si la respuesta es sí, se le pedía que la jerarquizara y le proporcionara un orden cronológico. Si la respuesta era NO, se le pedía que la agendara y redujera la preocupación. Por ejemplo, se le decía: “son las doce de la noche y estás preocupado por un proyecto de la oficina. En ese momento se tiene que preguntar ¿esto que me preocupa, lo puedo resolver ahora? normalmente la respuesta es no, entonces se le mostró que no tenía sentido estarse preocupando por algo que no podía resolver inmediatamente, sino hasta el día siguiente.

Ψ *Relajación*.- Es una técnica de respiración en donde se le pedía a la persona que inhalara por la nariz, retuviera el aire por unos segundos y exhalara por la boca fuertemente, con lo cual se lograba disminuir notablemente cualquier emoción intensa como la ira, la ansiedad, el miedo, el enojo y el llanto.

Ψ *Paro de pensamiento*.- Consiste en interrumpir los pensamientos perturbadores u obsesivos, para lo cual se le pidió al paciente que pensara en 3 campos semánticos, compuestos de 5 elementos. Por ejemplo, 5

nombres de playas, 5 nombres de personas que empiecen con alguna letra del abecedario y 5 alimentos.

Esto se repitió cada vez que se presentan los pensamientos perturbadores, pero cambiando la clasificación.

Primer contacto con el paciente

Los empleados bancarios que requerían atención psicológica tenían la posibilidad de que la institución donde laboraban les pagara un tratamiento de psicoterapia breve de 12 sesiones como parte de su prestación médica; para lo cual, existía un directorio médico al que el empleado tiene acceso para elegir al especialista que deseara. Es importante señalar que el directorio médico contenía un listado de profesionistas con quienes el banco había establecido un convenio previamente.

Una vez que el empleado elegía al terapeuta, llamaba por teléfono para solicitar una cita. En ese momento eran atendidos por la secretaria. Posteriormente la terapeuta se comunicaba con el paciente para concertar una cita y hacer una pequeña entrevista telefónica, para obtener datos de quien los recomendaba o derivaba (especialista), motivo de consulta, si había estado en tratamiento anteriormente y disponibilidad de horario.

Primera sesión

En la primera sesión se realizó una entrevista de evaluación diagnóstica, en la cual se determinaba si la problemática que planteaba el paciente, era manejable con psicoterapia breve.

Se recababan los datos generales del paciente como eran: edad, escolaridad, estado civil, con quién vivía y el tipo de relación que tenía con cada uno de estos miembros. Posteriormente se preguntaba ¿qué lo trae aquí? y ¿por qué tomó la decisión de buscar ayuda en este momento?

El objetivo de esta primera sesión era averiguar ¿cuál era la problemática?, ¿cuánto tiempo tenía de haber iniciado?, ¿cuáles eran los problemas más graves que le ocasionaba? y ¿qué áreas se encontraban afectadas (laboral, personal, familiar, salud y social)?

Se le pidió al paciente que contara su historia del presente hacia el pasado, buscando que refiriera los eventos que culminaban, precipitaban o desarrollaban el estado de crisis motivo de consulta. Por ejemplo: la muerte de un ser querido, desempleo y separación del cónyuge; es decir, se hizo una revisión del pasado, solo para comprender el presente.

Se preguntó si había tenido situaciones similares y cómo las había vivido y resuelto. También se exploraron las expectativas del paciente respecto al tratamiento, preguntándole ¿qué pensaba encontrar?, ¿de qué manera creía que se le podía ayudar? y ¿qué logros y resultados podía obtener?

Al final de los 45 minutos, se le daba una impresión diagnóstica muy general, retomando los síntomas más importantes o discapacitantes que el paciente había mencionado.

Se explicó que el banco solo autorizaba doce sesiones de psicoterapia, por lo que el tratamiento debía ser breve, siendo necesario considerar una o dos situaciones en especial para trabajar durante ese número de sesiones (foco). Paciente y terapeuta eligieron el foco sobre el que se trabajó. Se estableció el tiempo de duración de la terapia (doce sesiones o menos si ya han estado en tratamiento) y se mencionó que en la sexta y doceava sesión se hacía un corte para evaluar evolución y avances.

Se le mencionaba que era importante la puntualidad y la asistencia. En caso de que no pudiera acudir era necesario cancelar 24 horas antes de la cita, para reagendarla. Se enfatizó que de lo contrario contaría como si hubiera asistido, ya que se respetaba su horario, incluso si llegaba diez minutos antes de que terminara la sesión. Esto se aclaró en la primera sesión, como parte del

encuadre, porque se había observado que en algunos casos había una falta de compromiso hacia el tratamiento, porque el paciente no pagaba directamente este servicio.

En algunos casos se recomendó acudir al psiquiatra, cuando el paciente presentaba un alto nivel de sufrimiento o si estaba afectando de manera importante el funcionamiento de vida. Es importante considerar que muchos pacientes (90% aproximadamente), tenían la impresión de que “estaban muy mal” si se les envía al psiquiatra, pues creían que era “sólo para los locos”. Otros pensaban que se iban a hacer adictos a los medicamentos. Ante esa situación se les explicaba que al ser una psicoterapia breve se requería de la ayuda del medicamento para tener una mejoría más rápida. También se explicaba el procedimiento para el tratamiento conjunto (psiquiatra y psicoterapeuta), el cual consistía en enviar un correo electrónico al psiquiatra comentando la valoración diagnóstica de la terapeuta y el motivo por el que se derivaba. El psiquiatra a su vez hacía una valoración y si lo consideraba necesario recetaba algún o algunos medicamentos. Se mantenía una comunicación constante entre ambos profesionales a partir de ese momento.

Finalmente, se pregunta si tenía alguna duda y si todo había quedado claro.

Segunda sesión

Se iniciaba la sesión preguntándole al paciente ¿qué se fue pensando?, ¿cómo se sintió? y ¿qué había pasado en esa semana? Algunos pacientes mencionaban sus dudas con respecto a asistir con el psiquiatra. En esos casos, se reforzaba la importancia del medicamento por los rápidos efectos que tenía, así como el plazo limitado para lograr una mejoría notable de la sintomatología y/o del sufrimiento del paciente.

Se profundizó en los focos y se exploró si había intentado resolverlos o no antes. Si lo había intentado, ¿qué había hecho?, ¿cómo le había funcionado? y

¿qué consideraba que le faltó? Con esto se buscaba determinar patrones en la forma de afrontar y resolver problemas.

Tercera a quinta sesión

Se trabajó en la forma en cómo el paciente enfrentaba los problemas. Generalmente responsabilizando a los otros de los problemas que tenía o de las dificultades para resolverlos, depositando afuera la posibilidad de cambiar. En este momento de la psicoterapia, se le hizo ver al paciente que solo podía cambiar aquello que dependía de sí mismo y se le cuestionó sobre las cosas que estaba haciendo o podía hacer él para cambiar su situación. Por ejemplo, se le pregunta: ¿qué cosas puede hacer para enfrentar esta situación?, ¿qué está haciendo usted para ...? ó ¿qué está dejando de hacer? Señalándole o mostrándole cómo su posibilidad de cambio estaba puesto en que cambiara el otro (papá, hermano o mamá) y no en su propia capacidad para lograr esos cambios; es decir, se buscaba cambiar el locus de control externo por uno interno.

Se propició que el paciente explorara soluciones posibles a sus problemas, utilizando la técnica de imaginería descrita anteriormente. Asimismo se promovió que el paciente dejara de autocompadecerse por las experiencias de vida que había sufrido y que buscara opciones para tener una mejor calidad de vida. Por ejemplo se le dijo: “Es cierto que le tocó vivir situaciones muy difíciles, como las que ha mencionado, pero usted decide si va a continuar el resto de la vida quejándose o va buscar cosas que pueda hacer para estar mejor”. Se enfatizó que el cambio no dependía de los otros, sino de lo que él pudiera hacer por sí mismo, frente a esa situación.

Se pretendía que el paciente identificara que hay otras formas de hacer las cosas y de relacionarse con otros de manera diferente. Además de que se incrementaran sus redes sociales de apoyo.

Sexta sesión

En esta sesión se hizo un corte en el cual se evaluó de manera conjunta paciente-terapeuta el avance del cuadro inicial y se determinó el nivel de mejoría. En caso de no haber cubierto el foco planteado, se revisaron las dificultades para lograrlo y se continuó trabajando sobre el foco inicial hasta la onceava sesión. En el caso de que el foco hubiera sido resuelto o se observara una mejoría notable en este momento del tratamiento, se procedió a plantear un nuevo foco de trabajo y únicamente se le daba seguimiento al foco inicial para estabilizarlo.

La evaluación se realizó mediante las preguntas: ¿cómo se ha sentido?, ¿qué cambios ha visto? y ¿qué cree que falta por resolver? Si el paciente menciona los mismos cambios que habían sido observados por la terapeuta, solamente se reforzaba lo positivo de las acciones que se llevaron a cabo para lograr esos cambios. Si el paciente omitía u olvidaba alguna situación, la terapeuta lo completaba.

En este momento terapéutico se observó que el paciente se había dado cuenta de lo que tenía que hacer, pero existía una parte resistencial que le dificultaba llevar a cabo las acciones necesarias, por lo que se hizo énfasis en la importancia de hacer y no solo pensar. Por ejemplo: “si quiere regresar a la universidad, ¿qué está haciendo para lograrlo?”

También ocurrió que el paciente hizo lo contrario a lo que había venido trabajando en la psicoterapia, por lo que dejó de asistir a varias sesiones (dos) y se exploró junto con el paciente cuáles fueron las razones *reales* e *inconscientes* para faltar y se le ayudó para que hiciera consciencia, de que faltó porque temía una descalificación o un regaño de la terapeuta, debido a que estaba haciendo “lo contrario” a lo que había venido trabajando durante las sesiones. Por ejemplo, uno de los pacientes de la muestra, estaba convencido de que lo mejor para sí mismo era divorciarse y buscar maneras de estar más tiempo con su hija; sin embargo, después de una ausencia de dos sesiones, vino a decir que la terapeuta lo iba a regañar, porque decidió regresar con su esposa ante la insistencia de

ésta. En este caso se le explicó al paciente que se podía cambiar de opinión, que no todo era lineal y que podía dar marcha atrás considerando las pérdidas y ganancias que sobrellevaba su propia decisión.

Séptima a décima sesión

En caso de que se hubiese planteado un nuevo foco, se comenzó a trabajar con el, de lo contrario se continuó con el foco inicial.

En estas sesiones se buscó ayudar al paciente a entender las causas de su problemática (de ser posible el origen) y buscar de qué manera lo podía solucionar.

Se mostró que casi siempre hay más de una opción, sin importar el problema del que se trate, por lo que se le pidió que se permita imaginar cuáles eran todas las posibles opciones que podía haber y que después de haberlas explorado todas, eligiera la que más le convenía o hiciera una combinación de varias. El imaginar las opciones y armar todo un escenario, le permitieron al paciente aprender que hay más de una opción. Además, que es posible prepararse para los eventos y la evolución de los mismos.

En esta etapa también se reforzaron las habilidades que había adquirido:

- Responsabilizarse de sí mismo y dejar de culpar a los demás por lo que les había pasado.
- Sentirse más confiados de manejar sus emociones.
- Se reforzaron las habilidades de afrontamiento y solución de problemas.
- Darse cuenta de que podían preveer el futuro y que tenían el control de su vida.

Se hizo énfasis en que los logros que había tenido a lo largo de la psicoterapia breve eran de él. Por ejemplo, se decía: “todos los logros que ha

obtenido en este proceso son suyos. Yo solo, lo he acompañado para que pudiera mirar diferentes opciones”.

Onceava sesión

En esta sesión se fue haciendo una preparación para dar por terminado el tratamiento. Tuvo como objetivo abrir un espacio de reflexión para hablar de las cosas que pudieran estar pendientes y que necesitaran ser abordadas.

Doceava sesión

Se realizó la evaluación final, que consistió en primer lugar en preguntarle al paciente: ¿cómo se ve ahora en comparación de como llegó?, ¿qué se lleva del tratamiento?, ¿qué cree que faltó revisar? y ¿cuál es su proyecto de vida? Esta última pregunta tiene la finalidad de hacer un pronóstico de la evolución de paciente a largo plazo.

Posteriormente, la terapeuta dió retroalimentación al paciente señalando en qué estado emocional llegó, cómo lo veía en ese momento y qué aspectos de su vida considera que necesita seguir trabajando.

Se menciona que si requería de algún apoyo u orientación terapéutica, la terapeuta estaría en disposición de tener un espacio para atenderlo.

Resultados

Al inicio del tratamiento, el 100% de los pacientes presentaba una depresión unipolar y en el 33% de los mismos era recurrente. Todos estaban casados y la media de edad fue de 32 años (ver tabla 6).

El 83% refirió como motivo de consulta la depresión debido a dificultades en la relación de pareja; sin embargo, se observó que no era la única situación que había precipitado el cuadro depresivo, por lo que los primeros focos a trabajar fueron las dificultades en la relación: de pareja (83%), con los hijos (33%), con los padres (33%) y relacionados con el trabajo (17%) y únicamente en el 33% de los casos se trabajó un segundo foco (ver tabla 6).

Tabla 6. Características sociodemográficas, motivos de consulta y focos elegidos a trabajar durante la psicoterapia breve.

No.	Sexo	Edad	Estado Civil	Tratamiento psiquiátrico	Motivo de consulta	Primer foco	Segundo foco
1	Femenino	35	Casada	Un año con tratamiento farmacológico antes de llegar a consulta	Depresión crónica recurrente, reactivada por relación muy inestable y poco satisfactoria con el esposo.	Reorganizar sus recursos para poder tomar decisiones respecto a: su relación matrimonial, su bebé y su trabajo.	
2	Femenino	28	Casada	Referida a psiquiatría por la terapeuta	Depresión recurrente que se reactivó por el diagnóstico de cáncer de la madre.	Desarrollar habilidades de afrontamiento en la relación con la madre y su pareja.	
3	Femenino	37	Casada	No	Depresión y ansiedad por la pésima relación con su hija mayor.	Revisar la relación con su hija mayor.	Relación con el marido.
4	Masculino	41	Casado	No	Depresión porque descubrió hace un año que su esposa le era infiel.	Revisar su dificultad para aceptar la ruptura de su matrimonio.	
5	Femenino	31	Casada	Dos meses con tratamiento farmacológico antes de llegar a consulta.	Depresión porque no logra aceptar la ruptura matrimonial que se dio hace 7 meses.	Elaborar la separación matrimonial y buscar recursos para independizarse de la casa paterna.	
6	Masculino	25	Casado	No	Depresión por situaciones de violencia física y verbal por parte de su esposa.	Revisar la relación de pareja y su dificultad para considerar una separación definitiva.	Desarrollo personal y profesional.

En la mayoría de los casos se reportó que había una mejoría en la segunda sesión, lo cual podría explicarse porque en la entrevista inicial se les dio una impresión general sobre su diagnóstico, las implicaciones que éste tenía y cuál sería la estrategia terapéutica. Además de que se sintieron confiados de que podrían resolver sus dificultades. Asimismo, este cambio pudo ser debido a que

los pacientes llegaron a consulta en un periodo de crisis, en donde ya habían transcurrido por lo menos 4 meses del inicio de los síntomas.

En el 67% de los pacientes se trabajó sobre el foco inicialmente planteado y en el 33% restante se abordaron 2 focos a lo largo de las doce sesiones (ver tabla 6). Observándose en todos los casos que los cambios más importantes se realizaron durante las primeras seis sesiones; sin embargo, las otras seis sesiones se destinaron al fortalecimiento de los cambios logrados.

Entre los principales cambios encontrados en la evaluación efectuada en la sexta sesión se resaltan: a) los pacientes mencionaron que habían disminuido los síntomas depresivos (e.g. tristeza, culpa, sentimientos de fracaso), pero continuaban estando presentes, b) comenzaron a aceptar su situación (por ejemplo, la inminente separación o divorcio de su pareja), c) dejaron de autocompadecerse y comenzaron a responsabilizarse y tomar el control de sus vidas, d) se sintieron más fuertes emocionalmente y capaces de poder solucionar sus problemas; sin embargo, señalaron que todavía les faltaba realizar acciones, para modificar su situación de vida.

Una vez concluido el tratamiento, los pacientes manifestaron que había mejorado su estado de ánimo, que se sentían más seguros, que lograron percibirse como personas capaces de lograr lo que se proponen, que aprendieron a ver las diferentes formas en que se puede resolver un problema, lo que los hace sentirse confiados para tomar decisiones correctas. Cambiaron la forma de relacionarse con los demás (e.g. pareja, hijo, compañeros de trabajo) Asimismo, todos habían realizado acciones para modificar su situación de vida y tenían un proyecto a futuro.

Por otra parte, todos los pacientes se percataron de los patrones de comportamiento que repetían de manera inconsciente; sin embargo, consideraron que les hizo falta ahondar en el porqué repetían esos patrones.

En la tabla 7 se observa que la psicoterapia breve con orientación psicodinámica y cognitivo-conductual, logró reducir los síntomas de depresión en los empleados bancarios, cambios que resultan estadísticamente significativos.

Tabla 7. Síntomas de depresión en tres momentos del tratamiento: inicio, intermedio y final

Síntoma	Inicio		Intermedio		Final		p
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Tristeza.	4.67	0.52	4.00	0.00	2.83	0.75	0.005*
Llanto.	3.83	1.17	2.83	0.75	1.67	0.52	0.004*
Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.	4.17	0.41	3.17	0.41	1.83	0.41	0.002*
Falta de energía, cansancio y fatiga ante el menor esfuerzo, lo que lo lleva a una reducción en su nivel de actividad.	4.17	0.98	3.50	0.55	2.17	0.75	0.005*
Dificultad para pensar o dificultad para tomar decisiones.	4.33	0.52	3.67	0.52	2.17	0.41	0.004*
Disminución de la atención, concentración y memoria.	3.83	0.41	3.17	0.41	2.00	0.63	0.005*
Pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad (sentirse decepcionado de sí mismo, sentirse inútil o fracasado).	4.33	0.82	3.50	0.55	2.50	0.84	0.011*
Sentirse desanimado con respecto al futuro o tener una perspectiva sombría del futuro.	4.33	0.52	3.33	0.52	2.00	0.00	0.002*
Sentimiento injustificado de culpabilidad.	4.17	0.75	3.00	0.00	2.33	0.82	0.009*
Pensamientos de muerte o de autoagresiones.	1.50	0.84	1.33	0.52	1.00	0.00	0.273
Intentos suicidas.	1.00	0.00	1.17	0.41	1.00	0.00	0.368
Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia).	3.67	1.03	3.00	0.63	1.67	0.52	0.008*
Trastornos de apetito o peso.	3.67	0.52	3.00	0.63	1.83	0.75	0.005*
Diversos síntomas somáticos.	1.83	0.41	1.67	0.52	1.00	0.00	0.015*

*p < .05

En el análisis cualitativo de los datos, se observó que los pacientes refirieron que al sentirse deprimidos, cometían errores en el trabajo, se enfermaban frecuentemente y no terminaban a tiempo su trabajo.

En la psicoterapia breve con enfoque psicodinámico, se señala que es necesario trabajar con dos focos, uno que es el que se planteado con el paciente y otro llamado “universal” que se refiere al duelo por la pérdida de la relación terapéutica (Ávila y Poch, 1994); sin embargo, en el presente trabajo no se observó la presencia de este fenómeno por lo que únicamente se trabajó en los focos estipulados y en reforzar al final del proceso el que la terapeuta estará disponible en caso de que el paciente requiriera de algún apoyo u orientación posteriormente.

Discusión

Los resultados nos indican que una psicoterapia breve que utiliza una combinación de técnicas psicodinámicas y cognitivo-conductuales logra cambios importantes en la depresión presentada por los paciente, aun cuando todos ellos reconocieron que faltó profundizar en ciertos aspectos de su vida que requieren atención, pero debido a la limitación del tiempo fue necesario elegir únicamente uno o dos temas.

A partir de la información recabada, se encuentra que los pacientes acuden a psicoterapia después de un periodo de cuatro meses a un año de haber iniciado con los síntomas depresivos, lo cual corrobora lo encontrado en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) que señala que los pacientes antes de acudir a los servicios de salud, buscan ayuda en sus amigos, familiares y sacerdotes, entre otros; pero al no encontrar una solución a sus problemas recurren a un tratamiento psicoterapéutico. Esto pudiera deberse porque todavía en México existen prejuicios hacia las personas que solicitan los servicios del psicólogo.

En la muestra se observa que los datos en cuanto a género y promedio de edad coinciden con los reportados en la literatura, siendo el promedio de edad de la muestra de 32 años (Chinchilla, 2008) y la prevalencia 2:1 de mujeres frente a hombres (Vallejo y Gastó, 2000; OMS, 2003 y Chinchilla 2008).

Asimismo, hay coincidencias respecto a que los medicamentos tienen un efecto de mejoría en los síntomas, pero no son suficientes por sí solos para lograr una mejoría en el paciente (Jervis, 2005 y Gómez, 2007). Como se pudo observar en la muestra de este estudio el 33% reportó estar tomando medicamentos antes de iniciar la psicoterapia, pero sin tener una percepción de recuperación importante; en contraste con la mejoría reportada a las 6 semanas de inicio de la psicoterapia. Por lo que la psicoterapia breve es una herramienta de gran utilidad, tanto porque se beneficia al paciente, como a la empresa porque disminuye los costos indirectos causados por la depresión como son: el ausentismo, los retardos, visitas medicas frecuentes, mayor tiempo para terminar un proyecto, errores en las actividades que desempeñan, entre otros (OMS, 2003).

Llama la atención que diversos autores (Uribe, García, Pichardo y Retiz, 2008; Sánchez, 2009 y Usman y Muhammad, 2010) señalan que los empleados bancarios están sometidos a un estrés laboral constante; sin embargo, ninguno de los focos trabajados en la psicoterapia breve hacen referencia a la situación laboral en los bancos.

Finalmente es importante señalar que los datos presentados en este estudio son sólo una pequeña muestra que corresponde al 0.06% del total aproximado de los pacientes atendidos a lo largo de un año, por lo que si se considera que este tratamiento se ha llevado a cabo a lo largo de más de 20 años con resultados similares, es posible generalizar los datos encontrados.

Sugerencias

Se recomienda que los pacientes diagnosticados con depresión que acuden al psiquiatra, al mismo tiempo sean atendidos por el psicólogo, ya que esto ahorrara sufrimientos al paciente y costos laborales.

Es importante diseñar programas que permitan sensibilizar a la población en general para disminuir o eliminar los prejuicios sobre el acudir a los psicólogos.

Continuar haciendo investigaciones de la práctica clínica que permitan conocer las múltiples formas de abordar la problemática de los trastornos mentales.

Elaborar investigaciones que correlacionen el estrés laboral con el surgimiento de otros trastornos, como por ejemplo el trastorno de depresión generalizado o ansiedad, los cuales son los más frecuentes observados a lo largo de los últimos años.

Referencias

- Amezcuca, V. C. y Jiménez, L. A. (1996). *Evaluación de programas sociales*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson
- Ávila, A.; Poch, J. (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. España: Siglo XXI.
- Bados, L. A.; García, G. E y Fausté, E. A. (2002, febrero-marzo). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502.
- Bellack, M. D. L. (1992). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual moderno.
- Belló, M.; Puentes, R. E.; Medina, M. M.E.; Lozano; R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*. 47(1), pp. s4-s11.
- Braier, E. A. (1982). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Buckner, D. (2010, 3 de noviembre). Mental health in workplace matters more than you think. *CBC News*. [Versión electrónica], recuperado el 20 de febrero de 2011 de <http://www.cbc.ca/money/smallbusiness/story/2010/11/02/f-vp-buckner-small-business-workplace-mental-health.html#ixzz17U6IY11c>
- Buela-Casal, G.; Caballo, V. E. y Sierra, J. C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. España: Siglo XXI.

- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1997). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. España: Siglo XXI.
- Colodrón, Paz, Hurtado (2003). Tratamiento integrado de un caso de depresión y ansiedad [Versión electrónica], *Acción psicológica*. 2(1), 75-86.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. España: Visión net.
- Cordero, A.; Ávila-Espada, A.; Ballesteros, S.; Del Barrio, V.; Benedet, Ma. J. (et. al.) (1997). *La evaluación psicológica en el año 2000*. España: TEA Ediciones.
- Cruz, M. A. (2005, 23 de Febrero). La depresión, enfermedad del siglo XXI, afecta en México a 10 millones. *La jornada*. [Versión electrónica] recuperada el 23 de Enero de 2011 de <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/23/a02n1cie.php>
- Chinchilla, M. A. (2008). *La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Panamericana
- Dekker, J.; Molenaar, P.J.; Kool, S.; Van Aalst, G.; Peen, J. y Jonghe, F. (2005) Dose-effect relations in time-limited combined psycho-pharmacological treatment for depression. *Psychological Medicine*. 35, 47-58.
- Farre, L.; Hernández, V.; Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. México: Paidós.
- García, A. M.E. (1997). La psicoterapia psicoanalítica breve o focalizada. *Revista cubana de psicología*, 14(1), 121-124.
- Gómez, B. G. E. (2007). Tratamientos de la depresión. Clínica del medicamento y/o clínica por la palabra. *Desde el jardín de Freud*. 7, 75-94.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2003). *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno 9. México. Recuperado el 3 de mayo de 2011 de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2003/suicidio03.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Estadísticas a propósito del día de muertos. Datos nacionales*. Recuperado el 3 de mayo de 2011 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2771&ep=45>
- Itzigsohn, J. A. (1985). *Terapias breves*. España: Universidad Pontificia.
- Jervis, G. (2005). *La depresión, dos enfoques complementarios*. España: Editorial Fundamentos.
- Lara M. M. C.; Robles, G. R.; Orozco, R.; Real, T. Chisholm, D. y Medina M. E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México [Versión electrónica], *Salud Mental*. 33, 301-308.
- Levenson, H. (1997). *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado*. Biblioteca de psicología Desclée de Brouwer.
- López, R. J.; López, B. M. A; Vargas, T. B.E.; Villamil, S. V. (2004, Octubre) Estudio doble ciego con antidepresivos, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. *Salud Mental*. 27(5), 53-61.
- Medina, M.M.E. y colaboradores (2003, agosto). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. [Versión electrónica], *Salud Mental*. 26 (4), 1-16.
- Mustaca, A. E. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 36(1), 11-20.

- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Medidor.
- Organización Mundial de la Salud, (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Documento recuperado el 3 de Diciembre de 2010 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Investing in Mental Health. Documento recuperado el 3 de Diciembre de 2010 de http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf
- Pérez, A. M. y García, M. J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13(3), 493-510.
- Pires, C. (2010, 5 de mayo). Trastornos mentales impiden que empleados brasileños se presenten a trabajar. *Infosur hoy*. [Versión electrónica] recuperado el 23 de febrero de 2011 de <http://www.infosurhoy.com/cocoon/saii/xhtml/es/features/saii/features/main/2010/05/05/feature-01>
- Romo, S. G. (2007). *Intervención en crisis y psicoterapia breve, vía telefónica en una institución privada*. Reporte laboral de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM, México.
- Rosenbaum, J. F. y Hylan, T. R. (1999). Costs of depressive disorders in evidence and practice in psychiatry: Depressive Disorders. *A review*, 21, 401-449.
- Ruíz, H. S. (1998). *Psicoterapia breve en estudiantes universitarios*. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología, UNAM. México.
- San Molina, L. y Arranz, M. B. (2010). *Comprender la depresión*. España: Liberduplex.

- Sánchez-Barranco, R. A. y Sánchez-Barranco, V. P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica [Versión electrónica], *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI (78), 7-25.
- Sánchez D. M. (2009, 11 de Marzo). *Empleados de banca al borde de un ataque de nervios*. Soitu.es. Recuperado el 5 de marzo de 2011 de http://www.soitu.es/soitu/2009/10/27/actualidad/1256642105_453965.html
- Slaikeu, A.K. (1988). Intervención en crisis. México.
- Steenbarger, B. N. (2002). Encyclopedia of Psychotherapy. Vol. 1, USA.
- Uribe, P. J. F.; García. S. A.; Pichardo, A. C. N.; Retiz, C. A. G.; Aurea Grisel Retiz Cabrera (2008, octubre/diciembre,). Perfil Psicosomático y de Desgaste Ocupacional en Cajeros del Sector Bancario con Escala EMEDO [Versión electrónica], *Ciencia y Trabajo*. 10(30), 143-150.
- Usman, B. y Muhammad, I.R. (2010, Mayo). Impact of Stress on Employees Job Performance A Study on Banking Sector of Pakistan [Versión electrónica], *Revista Internacional de Estudios de Marketing* 2(1), 122-126.
- Vallejo, R. J. y Gastó, F. C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* España: Masson

Apéndice 1

Lista de cotejo de los síntomas de depresión

Paciente No. _____ Fecha: _____ No. de sesión: _____

No.	Síntoma	Siempre	Frecuen- temente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1	Tristeza					
2	Llanto					
3	Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.					
4	Falta de energía, cansancio y fatiga ante el menor esfuerzo, lo que lo lleva a una reducción en su nivel de actividad.					
5	Dificultad para pensar o dificultad para tomar decisiones.					
6	Disminución de la atención, concentración y memoria.					
7	La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad (sentirse decepcionado de sí mismo, sentirse inútil o fracasado)					
8	Se siente desanimado con respecto al futuro o tiene una perspectiva sombría del futuro.					
9	Sentimiento injustificado de culpabilidad					
10	Pensamientos de muerte o de autoagresiones.					
11	Intentos suicidas.					
12	Trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia).					
13	Trastornos de apetito o peso.					
14	Diversos síntomas somáticos					
15	Cambios psicomotores (agitación, enlentecimiento) observables por los demás y no solo como una sensación subjetiva.					