



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFFECTO DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BREVE
EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: ESTUDIO DE LÍNEA BASE
MÚLTIPLE**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
NADIA ALEJANDRA DOMÍNGUEZ VIEYRA**

DIRECTOR: DR. EDGAR LANDA RAMÍREZ

REVISORES: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MTRO. JORGE ÁLVAREZ MARTÍNEZ

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ



CIUDAD DE MÉXICO

ABRIL 2016



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.

AGRADECIMIENTOS

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. DEPRESIÓN COMO PROBLEMA MUNDIAL	14
Etiología y Factores de Riesgo.....	16
Factores asociados.....	19
El modelo Cognitivo de la depresión.....	21
Diagnóstico.....	23
Tratamiento.....	24
Objetivo, pregunta de investigación e hipótesis.....	28
MÉTODO	29
Diseño.....	29
Participantes.....	29
Criterios de inclusión.....	33
Criterios de exclusión.....	34
Variables Independiente y dependiente.....	35
Instrumentos.....	36
Procedimiento.....	37
Análisis de datos.....	43
RESULTADOS	46
DISCUSIÓN	72
REFERENCIAS	83
ANEXOS	95

RESUMEN

La depresión es un problema grave a nivel mundial, se prevé que para el año 2020 será la segunda causa de discapacidad. Diversas revisiones sistemáticas muestran que la TCC y la Terapia Interpersonal son la primera línea de tratamiento psicológico. Se ha encontrado que no existen diferencias significativas entre la TCC breve, menor a diez sesiones, y la TCC estándar de 12 sesiones en el tratamiento de la depresión, sin embargo estos estudios se han llevado a cabo en poblaciones con características sociales y culturales específicas muy diferentes a las condiciones de los pacientes en México, por lo que, revisando el criterio de validez externa, se cuestiona su aplicación en pacientes inmersos en este contexto. El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de la TCC breve en pacientes mexicanas con depresión. Se utilizó un diseño experimental de línea base múltiple entre participantes con tres seguimientos al mes, tres y seis meses. De las cinco pacientes que participaron en el estudio, tres recibieron de 8 a 13 sesiones de TCC, a otra se le brindó un modelo prolongado de la misma dada su problemática, y otra más abandonó la intervención luego de la cuarta sesión. Los principales componentes fueron: reestructuración cognitiva, activación comportamental y entrenamiento en habilidades sociales. El tamaño del efecto (índice NAP) en las cinco pacientes fue del 52% al 99% al calcular NAP manualmente, lo que significa que la intervención tuvo efectos positivos pero variables en su intensidad. Cuando este índice se obtuvo mediante el uso de una calculadora virtual los resultados fueron de 0.52 ($p = 0.89$, 90% IC $-0.576 < \Delta < 0.678$) y 0.62 ($p = 0.54$, 90 %IC $-0.422 < \Delta < 0.922$) para efectos no significativos; y de 0.89 ($p = 0.02$, 90 % IC $0.223 < \Delta < 1.368$), 0.98 ($p = 0.0005$, 90 % IC $0.514 < \Delta < 1.444$) y 0.99 ($p = 0.0005$, 90 % IC $0.525 < \Delta < 1.452$) para efectos significativos. Se concluye que la TCC breve sí tuvo un efecto positivo fuerte en las pacientes mexicanas que participaron en el presente estudio cuando el grado de depresión fue moderado, no así cuando fue grave. Se discuten las implicaciones.

Palabras clave: Depresión, Terapia Cognitivo Conductual Breve, Validez Externa.

ABSTRACT

Depression is a big issue all over the world; it is foreseen that by 2020 depression would be the second cause of disability. Several systematical reviews show that Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and interpersonal therapy should be the first phase in the psychological treatment. It has been identified that there are no significant differences between brief CBT (less than 10 sessions) and the standard 12 sessions CBT in Depression treatment; however, researching that supports this theory has predominantly focused on communities which specific social and cultural characteristics are different from the Mexican patients conditions, so, in patients within this context the applicability could be questioned in reviewing the criterion for the external validity. The overall objective of this project is to evaluate the effect of brief CBT for depressed Mexican patients. It was used an experimental design of multiple baseline among patients with three following sessions at one, three and six months. A total of five patients were included in the study; three of them took 8 out of 13 CBT sessions; one patient took the extended model of this kind of therapy considering her particular circumstances; and one more failed the treatment by the fourth session. The main components were: cognitive restructuring, behavioral activation and social skills training. The effect's size (NAP indicator) for the five patients was from 52% to 99% to manually calculate NAP, which means that the intervention had positive effects though variable in intensity. When this index was obtained by using a virtual calculator outputs were 0.52 ($p = 0.89$, 90% IC $-0.576 < 0.678$) and 0.62 ($p = 0.54$, 90 %IC $-0.422 < 0.922$) for non-significant results; and 0.89 ($p = 0.02$, 90 % IC $0.223 < 1.368$), 0.98 ($p = 0.0005$, 90 % IC $0.514 < 1.444$) y 0.99 ($p = 0.0005$, 90 % IC $0.525 < 1.452$) for significant results. It concludes that brief CBT have an important effect in these Mexican patients when depression's degree is moderate, but not when it is severe. Implications are discussed.

Key words: Depression, Brief Cognitive Behavioral Therapy, External validity.

I.- INTRODUCCIÓN

En 1978 se llevó a cabo en Alma-Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en donde la OMS definió a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978), definición que se encuentra vigente y sobre la cual se rigen los sistemas de salud de los gobiernos. En dicha conferencia se declaró también la importancia social, política y económica que tiene para un país determinado y para el mundo el que la población goce de un estado de salud completo, justo e igualitario al que tiene derecho no importando si pertenece a un país desarrollado o en vías de desarrollo, siendo responsabilidad del gobierno brindar una atención primaria que permita un desarrollo social y económico sostenido y mejorar así la calidad de vida. El camino que se tuvo que recorrer para que este término tan importante englobara los conceptos que actualmente lo definen ha sido largo y extenuante.

Como lo mencionan Armelagos, Brown y Turner (2004), se puede hablar del concepto *salud* a partir de que los humanos en la tierra se volvieron sedentarios en la época del neolítico ya que esto trajo como consecuencia el que los humanos empezaran a tener contacto con agentes bacterianos debido a sus asentamientos y las actividades que estos conllevaban; desde entonces la interacción del humano con patógenos y otros agentes ha ido cambiando a través del tiempo. Al respecto, Omran (1971) expone cinco propuestas referentes a cómo ha ido cambiando esta interacción, es decir, nos habla de la transición epidemiológica que había ocurrido hasta los días en que su escrito fue publicado:

1. La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población, esto es, los primeros agrupamientos humanos eran reducidos y se caracterizaban por ser poblaciones jóvenes debido a su alta tasa de mortalidad, la cual, con los años y los avances en medicina, fue disminuyendo progresivamente, incrementando así el tamaño y distribución de las poblaciones.
2. Durante la transición, un cambio a largo plazo se produce en los patrones de mortalidad y enfermedades: las pandemias infecciosas se vieron desplazadas gradualmente por enfermedades degenerativas y “creadas por el hombre” como la forma principal de

morbilidad y la primera causa de muerte. Omran (1971) describe aquí tres etapas de la transición epidemiológica.

- La era de la peste y hambruna. La esperanza de vida iba de los 20 a los 40 años, las personas morían principalmente por enfermedades infecciosas, malnutrición y complicaciones en el parto en el caso de las mujeres en edad reproductiva.
- La era de las pandemias en retroceso. La mortalidad declinó progresivamente, la esperanza de vida era de 30 a 50 años.
- La era de las enfermedades degenerativas y “creadas por el hombre”. La mortalidad se estabilizó en niveles relativamente bajos; la esperanza de vida es de más de 50 años y las causas principales de muerte son enfermedades como las cardiovasculares o el cáncer.

Armehagos et al. (2004) habla de una etapa adicional a las mencionadas por Omran en la transición epidemiológica, la cual señala como contemporánea, en donde hay una reemergencia de las enfermedades infecciosas que se creían controladas, mismas que coexisten con enfermedades degenerativas y crónicas. Esta reemergencia, explica Armehagos, se debe a los grandes cambios que ha sufrido el medio ambiente con el crecimiento poblacional lo que ha hecho que la dinámica de convivencia humano-patógeno-medio ambiente genere el resurgimiento de estos agentes infecciosos que además son frecuentemente resistentes a los antibióticos.

3. Durante la transición epidemiológica, los cambios en la salud y enfermedad más profundos se dieron entre los niños y las mujeres en edad reproductiva, es decir, siendo estos la población más vulnerable, han sido los más beneficiados con los avances en medicina que aumentan la esperanza de vida.

4. Los cambios en los patrones de salud y enfermedad que caracterizan la transición epidemiológica están estrechamente asociados con las transiciones demográficas y socioeconómicas que constituyen el complejo proceso de modernización. La disminución en las tasas de mortalidad se ve reflejada en un impacto demográfico y económico pues el aumento en la esperanza de vida ha incrementado la eficacia del trabajo y la productividad

a través de un mejor funcionamiento laboral de personas adultas así como un aumento en la proporción de niños que sobrevivirán para convertirse en adultos productivos. Asimismo, las tasas de nacimiento han disminuido, debido principalmente a que cada hijo vive más años y que representa una responsabilidad económica.

5. Variaciones en el patrón, el ritmo, los determinantes y las consecuencias del cambio demográfico se diferencian en 3 modelos básicos de la transición epidemiológica:

- Modelo clásico: Describe una transición gradual y progresiva de una mortalidad y fertilidad altas a un declive de ambas, principalmente en las ciudades del Oeste de Europa.
- Modelo acelerado: como su nombre lo indica, describe una transición acelerada, más notoria en Japón.
- Modelo contemporáneo o retardado: describe la transición relativamente reciente y aún por ser completada de la mayoría de los países en desarrollo.

Seis años después de que Omran publicara su artículo, y en este mismo contexto, Engel (1977), propuso abordar los temas de salud desde un punto de vista mucho más integral de como se había estado haciendo.

Engel habla del modelo biomédico, el cual era tomado por la comunidad científica ya no como un modelo sino como un dogma en donde los datos discrepantes eran forzados a encajar en él o eran excluidos. El modelo biomédico partía de la inferencia lógica de que, desde que una “enfermedad” era definida en términos de parámetros somáticos, los médicos no necesitaban preocuparse por cuestiones psicosociales, las cuales se encontraban fuera de la responsabilidad y autoridad médica.

Ante este panorama al que se enfrentaba el cuidado de la salud, Engel (1977) expone una crítica a este *dogma* biomédico, argumentando que, para realizar un correcto diagnóstico así como tratamiento de alguna enfermedad, es necesario no solo tomar en cuenta los síntomas físicos o defectos bioquímicos en el caso de las enfermedades físicas; o neurológicos, si se tratase de una enfermedad mental.

Menciona que las instituciones médicas eran vistas como frías e impersonales, ya que al dar un diagnóstico o tratamiento de alguna enfermedad, se tenía como objetivo únicamente la eliminación de las causas naturales y biológicas de dicha enfermedad, lo cual debería resultar en una cura o mejora en los pacientes. En el caso de las enfermedades mentales, el modelo biomédico establecía que éstas surgían más de causas naturales que de metapsicológicas, interpersonales o sociales, es decir, tenían su origen en disfunciones cerebrales biológicas. Entonces, lo que era visto como “desórdenes”, por ejemplo, problemas de vida, inadaptación social, síndromes de dependencia, depresiones existenciales, debían ser excluidos de lo que se conocía como *enfermedad mental* ya que estos desórdenes eran producidos por variables psicosociales y no eran concernientes a médicos psiquiatras, sino a profesionales no médicos.

Engel plantea que la concentración en lo biomédico y la exclusión de lo psicosocial distorsiona las perspectivas e incluso interfiere con el cuidado del paciente por lo que, para entender el inicio, desarrollo, e incluso la gravedad de una enfermedad, es necesario explorar muchos más aspectos que los meramente biológicos, tanto en enfermedades físicas como mentales, por lo que propone un nuevo modelo que incluya estos aspectos sin sacrificar las ventajas de la aproximación biomédica. Plantea entonces un modelo biopsicosocial, el cual justifica con el argumento de que los mejores criterios para la identificación de una enfermedad siempre han sido lo conductual, lo psicológico y lo social en la naturaleza.

Para cualquier enfermedad, física o mental, es sumamente importante determinar cómo es que los factores experienciales y sus interacciones con la vulnerabilidad biológica pueden detonar o predecir el desarrollo de dicha enfermedad: cómo la vive el paciente, cómo la reporta, cómo le afecta a él o ella y a las personas que le rodean; factores que van a jugar un papel significativo para el desarrollo de la enfermedad así como una influencia directa en el resultado del tratamiento. Asimismo, la consideración de estos elementos junto con los anatómicos, fisiológicos y bioquímicos, será crucial para determinar la confiabilidad y validez de las observaciones clínicas.

Los componentes psicológicos, sociales y culturales son tan importantes para la salud de una persona que, además de lo mencionado anteriormente, también constituyen

variables significativas en el sentido de que, en el caso de padecer alguna enfermedad, establecen en qué momento el paciente se ve a sí mismo o es visto por otros como enfermo. El adoptar el modelo propuesto, repercute directamente en la relación médico-paciente, ya que son necesarias técnicas y habilidades psicológicas que permitan un acercamiento tal que logre que el paciente confíe en que el médico lo ayudará a mejorar, ya que los efectos psicológicos modifican directamente la forma en que la enfermedad es experimentada, afectando indirectamente los procesos bioquímicos subyacentes en virtud de las interacciones entre las reacciones psicofisiológicas y procesos bioquímicos implicados en una enfermedad. Es así que el éxito de la aplicación de una terapia está directamente influenciado por la habilidad del médico para influenciar y modificar las conductas del paciente en direcciones concordantes con sus necesidades de salud.

Al aplicar el modelo biopsicosocial, el médico debe establecer si la persona que solicita la ayuda está enferma o no; y si lo está, por qué enfermó y de qué manera; y después desarrollar un programa de tratamiento adecuado para atacar la enfermedad, restaurar y mantener la salud.

El modelo biopsicosocial podría hacer posible la explicación de por qué algunos individuos se viven como enfermos cuando otros experimentan situaciones similares como meros problemas de vida, ya sean reacciones emocionales a circunstancias de la vida o síntomas somáticos.

Como se puede observar, la teoría de la Transición Epidemiológica que puntualizan Omran (1971) y Armelagos et al. (2004) en su escrito, puede ser explicada desde la propuesta de Engel (1977), esto es, Omran habla de cómo hubo un cambio, más lento en algunas regiones del globo que en otras, en donde las primeras civilizaciones morían principalmente por agentes infecciosos y que esta situación aún era contemporánea a su publicación en algunos países; estar sano significaba que no se estaba físicamente enfermo, entonces, se entiende que la primera aproximación a la salud (modelo biomédico) tuviera como objetivo atacar los agentes causantes de las enfermedades (en su mayoría, infecciosas) para restaurar la salud. Sin embargo, con el declive de la mortalidad, el incremento poblacional y las mejoras al sistema de salud, se fueron desarrollando también complejos y demandantes sistemas sociales que exigen a sus pobladores cumplir con un

ritmo específico de vida dando pie a nuevas enfermedades producto de los nuevos estilos de vida; estos aspectos no eran tomados en cuenta como parte de la salud por las instituciones médicas, entonces, Engel propone que estos elementos sí influyen dadas las nuevas estructuras sociales, y lo hacen de una manera muy significativa, dándole especial importancia a los factores psicológicos y sociales los cuales habían sido ignorados por el modelo biomédico, decretando que no sólo se debe poner atención a la salud física de las personas, sino que, para que posean un íntegro bienestar que les permita cuidarse, tratarse si enferman, y mantenerse sanos, es igual de importante atender la salud mental, llegando así a la actual definición de salud decretada por la OMS.

Como se ha ido revisando, el modelo biomédico asumía la enfermedad como una desviación de la norma de variables biológicas medibles, es decir, variables somáticas. Es así que, para preservar la salud, bastaba con *eliminar* las causas, cuales fueran, que provocaran tal desviación. Para la salud mental, en un intento por pertenecer a tal modelo dominante, se visualizaban dos alternativas: 1) crear una nueva disciplina, la cual sería excluida del modelo biomédico; o 2) adherirse estrictamente al mismo, y tener una visión de la enfermedad mental con una causa natural que debía ser eliminada, tendencia que no dejaba lugar dentro de su marco a las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad pues demandaba que las *aberraciones* conductuales se explicaran en la base de los procesos de desorden somático, lo cual limitaba infinitamente el adecuado tratamiento de un desorden mental dentro del dominio de este modelo.

De acuerdo con la OMS (2014), la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad; es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad, es así que el bienestar mental es fundamental para la capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades.

La salud mental se ve determinada por múltiples factores: sociales, psicológicos y biológicos; esta puede verse alterada por situaciones como podrían ser presiones socioeconómicas o la percepción de que no se está cubriendo una expectativa, por ejemplo. Una salud mental deficiente puede asociarse a un cambio repentino, a una condición estresante de trabajo, discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, riesgos de violencia, violaciones de los derechos humanos y a la mala salud física (OMS, 2014). De igual manera, existen factores de la personalidad y psicológicos específicos que pueden hacer que una persona sea más vulnerable a padecer un trastorno mental, cabe mencionar que los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico que pueden depender de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

Las enfermedades mentales son comunes y universales, es decir, no son exclusivas de algún grupo social en específico. En su Informe de Salud Mundial en 2001, la OMS estableció que alrededor de 450 millones de personas padecían de trastornos mentales y entonces se estableció que una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de la conducta a lo largo de su vida. En este informe se estableció que este tipo de trastornos están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población adulta a nivel mundial.

El impacto de los trastornos mentales en las personas es vasto, pues imponen una serie de consecuencias en los individuos, familias y comunidades: implican un amplio costo económico, pues representan una pérdida en la productividad para la comunidad; por otra parte, la pérdida de empleo, la reducción de la productividad vista desde el individuo, el impacto en las familias y en los proveedores de cuidado personal, el impacto negativo en la mortalidad prematura y en el estigma, la discriminación, los costos de oportunidades perdidas por los individuos y familias son aspectos difíciles de medir y han sido poco considerados (OMS, 2004).

En su informe de 2004, la OMS decretó que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 13% del total de años de vida saludables que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo. Cinco de cada diez de las principales causas de discapacidad a nivel mundial son condiciones que tienen que ver con trastornos

mentales, entre los más graves se encuentra la depresión pues se proyecta que para el año 2020 esta será la segunda causa de discapacidad, sólo después de la enfermedad cardíaca isquémica (OMS 2004), lo cual convierte a la depresión en uno de los principales problemas de salud mental y que merece especial atención.

Hoy en día, la depresión es un problema tan común que las personas que padecen sus síntomas suelen definirla y expresarla en términos de problemas cotidianos que tienen como consecuencia la presencia de estrés o tristeza, por ejemplo, problemas laborales, económicos, con la pareja o la familia; lo que demanda consejo, comprensión, empatía; la atención de los servicios está enfocada en realizar diagnósticos psiquiátricos y dirige el tratamiento hacia los trastornos detectados. Un Psicólogo, por otra parte, es un profesional capaz de brindar a las personas no sólo un diagnóstico y un tratamiento a seguir, sino un acompañamiento y un genuino interés por su mejora. A continuación se detalla cómo procede un psicólogo en un tratamiento para los síntomas depresivos.

II.- DEPRESIÓN COMO PROBLEMA MUNDIAL

La depresión es un problema de salud que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2014). La mayoría de las personas se sienten de esta manera ocasionalmente y durante periodos cortos, sin embargo, en la depresión clínica, el trastorno del estado anímico interfiere en la vida diaria del paciente durante un tiempo prolongado (Medline Plus, 2014). La depresión es una enfermedad común y grave, y muchas de las personas que la padecen necesitan tratamiento para mejorar.

Existen varios tipos de depresión: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, depresión posparto, trastorno afectivo estacional, trastorno bipolar (Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH por sus siglas en inglés], 2014). Los trastornos de ansiedad, tales como el Trastorno por Estrés Postraumático, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, el Trastorno de Pánico, la Fobia Social y el Trastorno de Ansiedad Generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión; así como el abuso o la dependencia del alcohol o de otras sustancias. De igual manera, la depresión a menudo coexiste con padecimientos físicos como los cardíacos, neurológicos, cáncer, VIH/SIDA, diabetes, entre otros; lo cual suele agravar la enfermedad (NIMH).

De acuerdo con el NIMH (2014), entre los síntomas que la persona deprimida puede presentar están:

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso relaciones sexuales.
- Fatiga y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones.
- Insomnio, despertar muy temprano o dormir demasiado.

- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Dolores y malestares persistentes, problemas digestivos, que no se alivian aun siendo atendidos.

Cabe mencionar que no todas las personas con trastornos depresivos padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia y duración de los mismos pueden variar según la persona y su tipo de depresión. Dependiendo del número y la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves (OMS, 2012).

Se calcula que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2012) y, reiterando lo que se mencionó anteriormente, se prevé que para el año 2020 será la segunda causa de discapacidad, ya que la carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento; asimismo, la prevalencia de este trastorno es de 2 a 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres (Fleck et al., 2009).

En el año 2002 se llevó a cabo en México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica entre población urbana de 18 a 65 años de edad (Medina-Mora et al., 2003), los resultados de dicha aplicación arrojaron que 9.1 % de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida, después de los trastornos de ansiedad (14.3 %) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%) La prevalencia anual es de 4.5%, con una mediana de edad de inicio a los 24 años. Con un 10.6% de concentración de las personas que la padecieron alguna vez en la vida en la región Central Este del país; y un 5.6% en prevalencia anual en la región Central Oeste. La región con menor prevalencia es el Sureste con 5.7% para alguna vez en la vida y 2.2% en prevalencia anual. Una de cada ocho personas en México padece trastornos depresivos (Slone, Norris, Murphy y Baker, 2006).

Respecto a la prevalencia depresiva en México hay importantes diferencias entre sexos, grupos de edad, nivel educativo, estado civil, nivel socioeconómico y, en el caso de los hombres, lugar de residencia pues se halló que los que viven en zonas rurales presentan mayor prevalencia que aquellos que viven en zonas urbanas; dentro de este mismo tenor, el desempleo en los hombres representan un factor fuertemente asociado al padecimiento de sintomatología depresiva. El porcentaje de mujeres que refieren la sintomatología en

cuestión es de 5.8%, y en hombres, de 2.5%. Estas diferencias se mantienen de manera consistente independientemente del grupo de edad; el porcentaje de individuos afectados se incrementa con la edad en ambos sexos, siendo los mayores de 65 años el grupo más afectado (Bromet et al., 2011). En el caso de las mujeres, 4% de las afectadas son menores de 40 años y se alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. Para los hombres la prevalencia en los menores de 40 años fue de 1.6% y 5% en los adultos mayores (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005).

De acuerdo con los datos de la encuesta aplicada en el estudio realizado por Belló, Puentes-Rosas, Medina Mora y Lozano (2005), la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en ese último año fue superior a 2 500 000; en el caso de los hombres, poco más de 800 000 mayores de 18 años habían padecido depresión en el mismo lapso de tiempo.

Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión, siendo el nivel educativo bajo un factor de riesgo (Bromet et al., 2011). Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor (Belló et al., 2005). Asimismo, Bromet et al. hallaron que los mexicanos viudos o separados tienen una prevalencia de 2.7 y 1.9 veces, respectivamente, mayor que los divorciados, actualmente con pareja o que nunca se han casado; y que, entre más alto sea el nivel socioeconómico, la prevalencia de depresión es menor, siendo la población con ingresos bajos la más vulnerable en este sentido.

Las personas que padecen algún trastorno de salud mental, como la depresión, pierden en promedio 27 días productivos al año si el trastorno fue grave, y alrededor de 7 si la gravedad fue moderada (Wagner et al., 2012).

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, genéticos, del desarrollo y del ambiente, que interactúan con las características individuales (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013), por lo que su origen es multifactorial.

En una revisión sistemática con meta-análisis realizada por Sullivan, Neale y Kendler (2000), se encontró que los familiares de primer grado de personas con trastorno depresivo tienen entre 31% y 41% más de probabilidades de desarrollar depresión en comparación con la población general, rango que tiende a ser considerablemente más alto en personas que ya cuentan con un diagnóstico establecido de éste trastorno. Otro de los hallazgos fue que las influencias ambientales que son etiológicamente importantes parecen ser específicas de un individuo, es decir que aquéllas influencias que son comunes a los miembros de una familia como por ejemplo el estilo de crianza, nivel socioeconómico o características ambientales de la localidad tienen poca relación con el desarrollo posterior de síntomas depresivos entre los miembros de la familia. Los autores subrayan que la depresión no sólo es resultado de la herencia o el ambiente por separado sino que es importante tener en cuenta la interacción entre ambos. Referente al factor biológico, se ha demostrado que un decremento en la dopamina y norepinefrina, así como alteraciones en la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica se asocian a la depresión y a la incapacidad de sentir placer (Vidrih et al., 2012; NIMH, 2008).

Dentro de los grupos que se consideran como de alto riesgo ante el trastorno depresivo, se encuentran aquéllas personas que tengan una historia de depresión previa, una historia familiar con el trastorno, como ya se mencionó; que se enfrenten a adversidades psicosociales, que sean usuarios frecuentes del servicio médico, que padezcan condiciones médicas crónicas u otras condiciones psiquiátricas, o que se encuentren en etapas de cambios hormonales significativos, por ejemplo, el posparto (Patten et al., 2009).

Por otra parte, diversos estudios, realizados principalmente en países occidentales desarrollados, han encontrado que el género, edad y el estado civil son factores de riesgo asociados con la depresión, ser mujer por ejemplo es uno de ellos, ya que, como se mencionó arriba, las mujeres tienen el doble de riesgo que los hombres de padecer de un trastorno depresivo; asimismo, las personas separadas o divorciadas tienen tasas significativamente más altas que quienes se encuentran actualmente con una pareja; y las tasas de depresión generalmente disminuye con la edad (Van de Velde, Bracke, Levecque, 2010; Andrade et al., 2003; Weissman et al., 1996). Respecto a los países “en vías de

desarrollo”, los estudios indican que, contrario a lo que sucede con los países desarrollados, las tasas de depresión aumentan con la edad (Kessler et al., 2010).

En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión (algunas mencionadas anteriormente) destacan: ser mujer, principalmente si se es jefa de familia, o que se dedique únicamente a las labores del hogar, o que haya adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; tener un nivel socioeconómico bajo ya que esto implica una constante exposición a situaciones difíciles de resolver en dicho estatus; estar desempleado, principalmente en los hombres; el aislamiento social; tener problemas legales; haber sido violentado; consumir sustancias adictivas y la migración (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013; Bromet et al., 2011; Belló et al., 2005).

Medina-Mora et al. (2005), encontraron que en México una proporción importante de la población ha estado expuesta a eventos violentos y que éstos tienen importantes variaciones por género. Las mujeres presentan prevalencia más elevada de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso. Los hombres, por su parte, experimentan más atracos con arma y accidentes; también son testigos, en mayor proporción que las mujeres, de muerte o lesiones a una persona, sufren más secuestros y matan accidentalmente a otros en un porcentaje mayor al de las mujeres. De las personas que han experimentado este tipo de sucesos, un 20% presentan un cuadro depresivo.

A su vez, las constantes crisis económicas y sociales que se han vivido en México, han tenido como consecuencia que, entre las principales fuentes de preocupación cotidiana, se encuentren las relacionadas con problemas financieros, y que términos como “sufrimiento” y “tristeza” sean utilizados frecuentemente para expresar este tipo de preocupaciones (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013). Medina-Mora et al. (2005) señalan que, si bien no hay diferencias significativas por el nivel socioeconómico en la prevalencia de trastornos depresivos, la población que vive en condiciones de pobreza es propensa a presentar depresiones más graves que quienes se encuentran en estratos socioeconómicos más altos.

FACTORES ASOCIADOS

De acuerdo con la Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en Adultos de la Red Canadiense para el Tratamiento de Estado de Ánimo Deprimido y Ansiedad (CANMAT por sus siglas en inglés [Patten et al., 2009]), la depresión es una de las principales causas mundiales de discapacidad; laboralmente hablando, puede provocar ausentismos y disminución en la productividad; los empleados con depresión tienen más probabilidades de perder su trabajo o perder más tiempo en el trabajo que los empleados con enfermedades físicas, sin embargo, las tareas no profesionales también se ven ampliamente afectadas (Patten et al., 2009).

En México se ha encontrado que la depresión produce mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis: una persona con depresión pierde hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con enfermedades cardíacas, por ejemplo (Lara, Medina-Mora, Borges y Zambrano, 2007). Esto convierte a la depresión en la principal causa de pérdida de días ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (González-Pier et al., 2007).

Los trastornos depresivos suelen tener un gran impacto en la calidad de vida, disminuyéndola gravemente. Cuando una mujer la padece, puede haber un efecto negativo en el desarrollo de sus hijos, si los tiene, así como en la dinámica familiar (Patten et al., 2009).

La relación entre las enfermedades mentales y físicas es muy estrecha. Para la mayoría de las personas resulta difícil y preocupante sobrellevar y vivir con algún padecimiento crónico como la diabetes o el cáncer, por lo que es comprensible que la depresión sea la complicación más común asociada con este tipo de condiciones (Berenzon, Lara, Robles y Medina-Mora, 2013). En las personas con diabetes, el riesgo de presentar depresión es dos veces más alto que en aquellas que no padecen de este problema médico; para la población con asma u obesidad, el riesgo aumenta tres veces; y para las personas que sufren de dolores crónicos el riesgo crece cinco veces (Medina-Mora, Rojas, Borges, Vázquez-Pérez, Fleiz, y Real, 2008).

Asimismo, el estado de ánimo deprimido también puede tener un impacto negativo en la salud física mediante una reducción en la adherencia a algún tratamiento así como en la participación de actividades preventivas; puede alterar factores de riesgo como la obesidad, el tabaquismo y el sedentarismo. A su vez, los trastornos depresivos aumentan el riesgo de padecer diabetes; los pacientes deprimidos con o sin diabetes tienen una mayor incidencia de obesidad, trastornos metabólicos, mayor resistencia a la insulina, disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y arterioesclerosis (Patten et al., 2009). Se reconoce a la depresión como un factor de riesgo independiente para enfermedades cardiovasculares y un predictor independiente de mortalidad; se asocia con disfunción inmunológica y, en el caso de depresión recurrente, con la calcificación coronaria y aórtica en mujeres de mediana edad (World Federation for Mental Health, 2010; Patten et al., 2009).

Los estudios analizan frecuentemente la depresión como factor de riesgo para otros problemas de salud física y mental; sin embargo, es importante considerar que la depresión, a su vez, puede ser secundaria a otros problemas de salud, por ejemplo, la depresión puede afectar el curso y tratamiento de personas que padecen cáncer ya que ésta puede tener un buen diagnóstico, sin embargo, al ser comórbida con la depresión, se ven afectadas la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente (Valadez-Téllez, Galindo-Vázquez, Álvarez-Avitia, González-Forteza, Robles-García y Alvarado-Aguilar, 2011).

De igual manera, es frecuente la comorbilidad de síntomas depresivos con otras patologías mentales, como los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias adictivas. Diversos estudios indican que alrededor de la mitad de la población adulta con un trastorno depresivo mayor cumple con criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad (Bittner et al., 2004). Los estudios epidemiológicos realizados en México señalan que alrededor de 32% de la población diagnosticada con un trastorno de consumo de sustancias adictivas como alcohol o drogas, presenta también un trastorno afectivo (Medina-Mora et al., 2008).

Si bien se ha vinculado la ideación e intentos suicidas con la depresión, poco se conoce acerca de la relación específica que existe entre ambos. Con este antecedente, Borges, Nock, Medina-Mora, Hwang y Kessler (2010) desarrollaron un importante estudio

para determinar la relación entre trastornos psiquiátricos, comorbilidad y suicidio. Encontraron que, en el país, 13.4% de la población con un problema depresivo ha tenido ideación suicida, y un 18.6%, un intento de suicidio.

EL MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN

A partir de 1961 Aaron T. Beck propuso y desarrolló durante décadas un modelo explicativo de la depresión (Beck, 1991). Beck hace referencia a ciertas observaciones hechas a sus pacientes que acudían con él a tratamiento psicoanalítico, de las cuales surge la propuesta de que existían tipos específicos de pensamientos de los que apenas había conciencia, estos pensamientos, explica, parecían estar en la “periferia de la conciencia” y sin embargo jugaban un papel importante en la vida psíquica del paciente. Dicho tipo de pensamientos o cogniciones tendían a surgir de forma rápida y automática, no estaban sujetos a voluntad o control consciente y parecían perfectamente plausibles para el individuo. En el caso de las personas deprimidas, estas cogniciones eran frecuentemente seguidas por un afecto desagradable del cual los pacientes eran muy conscientes a pesar de tener poca o ninguna conciencia de lo que Beck llamó *pensamientos automáticos precedentes* cuya agrupación provocaba una visión negativa de experiencias presentes, pasadas y futuras. Posteriormente, al trabajar con pacientes que mostraban depresión severa, notó que este tipo de pensamientos ya no eran “periféricos” sino que ocupaban una posición dominante en la conciencia y eran repetitivos, Beck entonces teorizó haberse “topado” con otro nivel de conciencia referente a pensamientos automáticos, usando como analogía el “preconsciente” de Freud. Este nivel de conciencia parecía estar relacionado con lo que las personas se decían a sí mismas y estaba involucrado en el sistema de autocontrol. Así, los pensamientos automáticos eran concebidos como parte de un sistema de comunicación interna el cual era permeado por la negatividad en forma de autoevaluaciones, atribuciones, expectativas, inferencias y recuerdos que se manifestaban en una baja autoestima, sentimientos de culpa, autocríticas, predicciones e interpretaciones de las experiencias como negativas, así como generación de recuerdos desagradables.

Según lo observado por Beck, en situaciones ambiguas, los pacientes deprimidos eran particularmente propensos a hacer interpretaciones negativas cuando una interpretación positiva parecía ser más apropiada ya que ellos no solo magnificaban sus

propias experiencias desagradables sino que también ocultaban o etiquetaban como negativas las experiencias que otras personas podrían considerar positivas. Además, Beck dice notar una variedad de errores en los pensamientos depresivos de sus pacientes a los cuales llama *abstracción selectiva*, tales como sobre-generalización, pensamiento dicotómico, y exacerbación de los aspectos negativos de sus experiencias; asimismo, estos pacientes tendían a predecir resultados negativos para su vida y futuro en general. Y, para dar cuenta de las regularidades en el pensamiento negativo en la depresión, Beck postuló la presencia de un *cambio cognitivo negativo*, estipulando que hay un cambio en la organización cognitiva de tal forma que la información positiva es filtrada o bloqueada por el individuo, mientras que la información negativa relevante es admitida fácilmente.

Beck habla de significados especiales o idiosincráticos que ayudan a las personas a explicar lo que de otra manera podría haber representado reacciones comportamentales y afectivas inexplicables. Estos significados estarían asociados con cuestiones sociales vitales tales como éxito o fracaso, aceptación o rechazo, respeto o desdén. Explica que existen símbolos que evocan significados que no sólo son poderosos sino también invariantes; la representación interna de significados evocados por los símbolos constituyen una red de creencias, supuestos, fórmulas y reglas las cuales están a menudo conectadas con recuerdos referentes al desarrollo y formación de dichas creencias; las creencias relevantes interactúan con la situación simbólica experimentada para producir los pensamientos automáticos, estas creencias se agrupan en esquemas. De acuerdo con esto, la interpretación de una persona deprimida de sus experiencias parece tomar forma según ciertos pensamientos absolutos o esquemas tales como “no valgo la pena”, “no puedo hacer nada bien” o “no soy digno de ser amado”, por lo que cualquier situación que estuviera apenas relacionada con la autoestima, capacidades o habilidades, o deseabilidad social sería interpretada en términos de la correspondiente creencia, la cual se formó en una etapa temprana de la vida para luego integrarse a un esquema; estas creencias generalmente se enmarcan en una forma condicional del tipo: “si no tengo éxito, soy un inútil”. El contenido del procesamiento cognitivo está determinado por los esquemas activos, incluso la recuperación de la memoria a largo plazo se ve influenciada por los mismos.

A manera de resumen, se puede decir que existen tres elementos que pueden explicar el constructo psicológico de la depresión: 1) el que tiene que ver con la percepción del individuo de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro; 2) el relativo a los errores de pensamiento; y 3) el referente a los esquemas, o creencias arraigadas. Entonces, desde el punto de vista del modelo cognitivo de Beck, los signos y síntomas del síndrome depresivo son consecuencia de los patrones negativos cognitivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010). Es decir, las respuestas ante situaciones percibidas como negativas son realmente desagradables aunque la situación en sí no lo sea. Otro ejemplo podrían ser los síntomas motivacionales como poca fuerza de voluntad, ya que es necesario tomar en cuenta que la persona deprimida espera fracasar.

DIAGNÓSTICO

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta versión (DSM-IV) proporciona valiosos conjuntos de criterios diagnósticos, sin embargo, no es suficiente para el establecimiento de un diagnóstico confiable, por lo que es necesario valerse de otras herramientas. Un diagnóstico preciso es el punto de partida más importante para un adecuado manejo clínico (Patten et al., 2009).

Los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV (2000) para depresión son variados, sin embargo, se pone especial atención a nueve de ellos; si la persona cumple con cinco o más de éstos durante al menos dos semanas, es muy probable que el trastorno esté presente:

- Afecto depresivo la mayor parte del tiempo.
- Anhedonia o disminución del placer.
- Insomnio o hipersomnias.
- Aumento o disminución del peso.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Dificultad para pensar o concentrarse.
- Ideas de muerte y suicidio.

Además, es importante que los síntomas provoquen malestar clínicamente significativo y que interfiera en la vida cotidiana de la persona. Asimismo, que estos síntomas no se deban al consumo de una sustancia o enfermedad médica.

Como un instrumento de apoyo además del uso de DSM-IV para la detección de casos o monitoreo y seguimiento de los mismos está el uso de diversos cuestionarios estandarizados para tal fin, algunos de ellos se enlistan a continuación:

- Cuestionario breve de salud del paciente PHQ-9 (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001).
- Inventario rápido de la sintomatología depresiva, auto-aplicado QIDS-SR (Rush et al., 2003).
- Inventario de depresión de Beck BDI-I o BDI-II (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Steer y Brown, 1996).
- Escala de depresión auto-aplicable de Zung (Zung, 1965).
- Escala de evaluación de la depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos CES-D (Radloff, 1977).

La decisión de usar una u otra escala dependerá de las características y contexto del paciente, así como de la estandarización cultural.

TRATAMIENTO

De acuerdo con una revisión sistemática con meta-análisis realizado por Cuijpers et al. (2010), el tratamiento que produce mejores efectos para la depresión es la combinación entre fármacos (principalmente ISRS) y psicoterapia. Sin embargo, son diversos los elementos por los que la psicoterapia en solitario puede ser recomendada, por ejemplo, entre los factores correspondientes al paciente están: la adecuación a la evidencia clínica de poblaciones específicas, contraindicaciones de medicación, la preferencia del paciente o la capacidad de este para adherirse al tratamiento. Respecto a los factores del terapeuta, se encuentran: la capacidad de proporcionar la psicoterapia en calidad y cantidad suficiente para satisfacer las necesidades del paciente, así como el compromiso por parte de este último (Parikh et al., 2009).

En cuanto a terapias psicológicas, se ha comprobado que la Terapia Cognitivo Conductual (TCC de ahora en adelante) y la Terapia Interpersonal, son altamente efectivas en el tratamiento del estado de ánimo deprimido, por lo que conforman la primera línea de tratamiento recomendadas para el abordaje de la depresión (Parikh et al., 2009).

La TCC es una psicoterapia intensiva de corta duración (12 – 20 sesiones) y enfocada en la sintomatología; se construye sobre la premisa de que las creencias distorsionadas sobre sí mismo, el mundo y el futuro mantienen el estado de ánimo deprimido. Las intervenciones conductuales se centran en la activación del paciente en su entorno, así como en el incremento de la percepción de control y placer sobre sus actividades (Dobson y Dobson, 2009; Parikh et al., 2009; Barlow, 2008).

La TCC breve tiene una duración igual o menor a diez sesiones (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010). Respecto al tratamiento de la depresión, se ha encontrado que esta terapia es eficaz cuando tiene una duración de 6 a 8 sesiones, en comparación con el grupo control (Nieuwsma et al., 2012; Nieuwsma et al., 2011), cuando conserva los componentes del formato estándar de este estilo terapéutico, los cuales son: reestructuración cognitiva, activación conductual y entrenamiento en habilidades sociales (Department of Veterans Affairs, 2009; Miranda et al., 2008; Roselló y Bernal, 2007). Estos efectos se han observado en pacientes con las siguientes características: caucásicos, nativos de países desarrollados como Estados Unidos, Australia o los Europeos; en su mayoría, mujeres; de mediana edad; pertenecientes a una clase social media-alta o alta; con estudios equivalentes al bachillerato o estudios superiores; casadas o en cohabitación, y cuentan con un empleo (véase por ejemplo: Nieuwsma et al., 2012; Nieuwsma et al., 2011; Cape et al., 2010; King et al., 2000 y Scott y Freeman, 1992).

La TCC breve surge como una buena alternativa ante el formato TCC estándar, ya que presenta importantes ventajas tales como la disminución de costos, lo cual podría hacer que el tratamiento sea accesible a más personas que necesiten asistencia; los pacientes disfrutan al ver resultados rápidos, lo cual mejora la credibilidad de la terapia y los puede motivar a continuar con el cambio (Hazlett-Stevens y Craske, 2002), además de que la reducción del tiempo en tratamiento terapéutico permite la atención a un mayor número de

personas en instituciones cuya demanda de servicios psicológicos es alta, a comparación de un formato de TCC más prolongado.

En dos revisiones hechas por Nieuwsma et al. (2011, 2012), se concluye que no existen diferencias significativas respecto al tratamiento de la depresión con TCC breve (6-8 sesiones) comparado con TCC normal (12-20 sesiones) no obstante, en la revisión correspondiente a 2012, se encontró que la TCC de duración estándar tiende a mostrar un efecto mayor que TCC breve sólo para aquellos pacientes con depresión grave.

Se realizó una búsqueda de estudios de TCC breve en México en las bases de datos: Cochrane, Pubmed, Tripdatabase, PsycINFO, Redalyc e Imbiomed; no se encontraron como tal investigaciones que utilizaran dicha terapia aplicada al tratamiento únicamente de depresión, o con mayoría de sintomatología depresiva en presencia de otro trastorno (ansiedad), en población general. Sin embargo, se encontraron dos artículos relacionados. El primero de ellos, realizado por Crail-Meléndez, Herrera-Melo, Martínez-Juárez y Ramírez Bermudez (2012), desarrolló un estudio en donde brindan TCC para depresión a pacientes con epilepsia del lóbulo temporal; la duración de la terapia fue de 16 sesiones, sin embargo reportan que a partir de la sesión número 8, la terapia tuvo un efecto significativamente positivo que se mantuvo hasta el final de las sesiones.

Por su parte, García et al. (2012), desarrolló una intervención Cognitivo Conductual en estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa y depresiva, la cual tuvo una duración de 5 a 25 sesiones, según las necesidades de cada paciente; la intervención tuvo un efecto positivo en el tratamiento principalmente de ansiedad, pero también de depresión.

Como se puede observar, cuando se toman decisiones sobre un tratamiento determinado, es importante tener en cuenta los ensayos controlados aleatorizados y revisiones sistemáticas pertinentes, la relevancia de estos depende de la validez externa (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), es decir, si los resultados pueden ser razonablemente aplicados a un grupo definido de pacientes en un entorno clínico determinado en la práctica habitual. A menudo, los reportes de los determinantes de la validez externa de las publicaciones de ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y guías clínicas, suelen ser insuficientes (Rothwell, 2005).

Aunque existen tratamientos cuyos efectos son generalizables a la mayoría de las personas y situaciones (por ejemplo, algunos tratamientos médicos) también hay otros que dependen en gran parte de factores determinantes de validez externa que permiten o limitan la generalización de un tratamiento (por ejemplo, tratamientos psicológicos). Algunos de los factores relevantes son: el sistema de salud, el país, la selección de los centros participantes y de los clínicos, así como características de los pacientes, entre otros (Rothwell, 2005). En el caso específico de la terapia psicológica, por ejemplo, la influencia de estos factores radicaría en el hecho de que muchos de los artículos científicos, manuales y libros en los que se basa algún tipo definido de terapia, fueron escritos basados en una cultura y sociedad específicas, con determinadas características según su geografía y temporalidad; en este caso, no se puede hablar de una eficacia generalizada de un tratamiento dada la diversidad social y cultural en el mundo.

El hecho de que no se hayan encontrado estudios de TCC breve en México, podría deberse a que existen guías clínicas establecidas que suelen seguirse para el tratamiento de este problema, no obstante, no se puede ignorar la relevancia de la validez externa así como el hecho de que el contexto cultural y social de la población mexicana es diferente al ambiente en el cual estas guías fueron realizadas, ya que no se parte de las mismas habilidades en la población para afrontar las técnicas sugeridas en estas guías, por ejemplo, la mayoría de los participantes de los estudios *evidencia* cuentan con estudios equivalentes a medio superior o superior, lo cual podría indicar una mayor capacidad de abstracción para desarrollarse mejor en técnicas como *Reestructuración Cognitiva*; es posible que una población en donde la mayoría sólo concluye el nivel secundaria (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2011), pueda tener dificultades en el entendimiento y desarrollo en la misma técnica con el mismo número de sesiones.

Además, de acuerdo con Torres (2012), las intervenciones basadas en la evidencia enfatizan el ajuste a las necesidades y recursos de las comunidades, así como la adecuación de la intervención a la población de las mismas, su contexto cultural y circunstancias locales. Por lo tanto, la adecuación cultural es reconocida como fundamental en la selección y uso de intervenciones basadas en la evidencia.

Como se ha revisado, la depresión se ha vuelto un problema bastante común en México y en el mundo, su gravedad ha atraído la atención de profesionales en salud, tanto física como mental. Hoy en día, la depresión se vive como un problema cotidiano al que no siempre se le presta la atención necesaria. Dependiendo de su gravedad, la persona que la padece puede experimentar desde episodios de tristeza que afecten áreas de su vida, hasta perder más días productivos que si se estuviera físicamente enfermo; puede propiciar una enfermedad física, y, en el peor de los casos, el suicidio; por lo que un tratamiento efectivo es urgente.

Son diversos los tratamientos para la depresión, la gran cantidad de evidencia sobre la eficacia de la TCC breve atrae la atención de los clínicos hacia la posibilidad de economizar tiempo y costos y obtener los mismos grandes beneficios que una terapia estándar, entonces, la TCC breve se vuelve un tentador estilo terapéutico que aparentemente no podría traer sino resultados positivos para las personas que padecen este problema en el país. Sin embargo, no se pueden dejar de lado los criterios de validez externa para la aplicación de un tratamiento, y, dado que las intervenciones manualizadas de TCC breve fueron probadas en población caucásica, cuyas características culturales son muy diferentes, se vuelve indispensable realizar estudios que evalúen el efecto de esta terapia para depresión en población mexicana.

OBJETIVO, PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

Expuesto lo anterior, se establece que el objetivo del presente trabajo es evaluar el efecto de la TCC breve en pacientes mexicanos con sintomatología depresiva.

La pregunta de investigación que la presente investigación pretende responder es la siguiente: ¿La Terapia Cognitivo Conductual breve tiene un efecto en pacientes mexicanos con sintomatología depresiva?

Hi: La Terapia Cognitivo Conductual breve sí tiene un efecto en pacientes mexicanos con sintomatología depresiva.

Ho: La Terapia Cognitivo Conductual breve no tiene un efecto en pacientes mexicanos con sintomatología depresiva.

MÉTODO

DISEÑO

Se utilizó un diseño experimental de línea base múltiple entre individuos (Kazdin, 2011). Las participantes fueron asignadas de manera no probabilística accidental a cada tiempo de evaluación que fue de una a seis semanas de línea base, más tres sesiones post intervención. Para la aleatorización, se utilizó el método *aleatorización simple* computarizada mediante el programa “Randomization.com” (<http://www.randomization.com>) que genera datos aleatorios y quedó de la siguiente manera:

- Participante 1 – 4 semanas de línea base.
- Participante 2 – 3 semanas de línea base.
- Participante 3 – 1 semana de línea base.
- Participante 4 – 5 semanas de línea base.
- Participante 5 – 2 semanas de línea base.

PARTICIPANTES

Todas las participantes fueron usuarias que acudieron al Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro solicitando atención psicológica; dicho centro brinda sus servicios a personas de medios a bajos recursos. Los usuarios del Centro se inscriben en una lista de espera y toma algunos meses para que personal del mismo les llame para agendar una cita de evaluación en donde un practicante realizará una primera entrevista para abrirles un expediente y hacer una recomendación terapéutica; este periodo va en función de la demanda. Una vez canalizado el usuario, el Psicólogo que hará el trabajo terapéutico le llama para una nueva entrevista. Para la revisión de posibles participantes, la administración del Centro brindó una serie de listas, tanto de usuarios sin entrevista inicial, como de aquellos que ya contaban con una impresión diagnóstica, la cual, indicaba una posible sintomatología depresiva; asimismo, se llevó a cabo una exploración de una serie de expedientes permisibles. Se consideraron un total de 52 pacientes potenciales (Figura 1), de los cuales 43 ya contaban con expediente; 5 (9.62%) más fueron entrevistados para evaluación inicial de los cuales, ninguno cumplía con criterios de inclusión. Otros 4 (7.7%)

usuarios sin expediente con los que hubo comunicación vía telefónica, mencionaron estar en consultas privadas o no se localizaron. De los 43 expedientes revisados, 26 (50%) no cumplían con criterios de inclusión, o cumplían con alguno de exclusión (p. ej. tenían sintomatologías diferentes a depresión, padecían de alguna enfermedad física como lupus, había comorbilidad con consumo de sustancias o tenían algún diagnóstico psiquiátrico como esquizofrenia); 9 (17.31%) fueron descartados por *otros* motivos (p. ej. tenían el teléfono suspendido, se encontraban en tratamiento ya en otra área del Centro, preferían otra locación); 1 (2%) ya no se encontraba interesado; 6 (11.54%) fueron tomados para el estudio; 1 (2%) más fue una canalización de otro terapeuta que refirió no observar avances en su proceso terapéutico. De estos 7 últimos participantes, dos abandonaron el proceso antes de iniciar el tratamiento por motivos como inconformidad con el proceso y cambio de residencia al interior de la República, por lo que no fueron considerados para el estudio. El total final fue de 5 participantes de sexo femenino (véase Figura 1) que cumplieron con los criterios de inclusión para el presente trabajo. Todas en edad adulta, cuyas escolaridades iban del bachillerato trunco a la licenciatura, con un estatus socioeconómico medio-bajo; su lengua nativa sin excepción era el español. Todas obtuvieron un puntaje de Moderado a Grave en el cuestionario BDI.

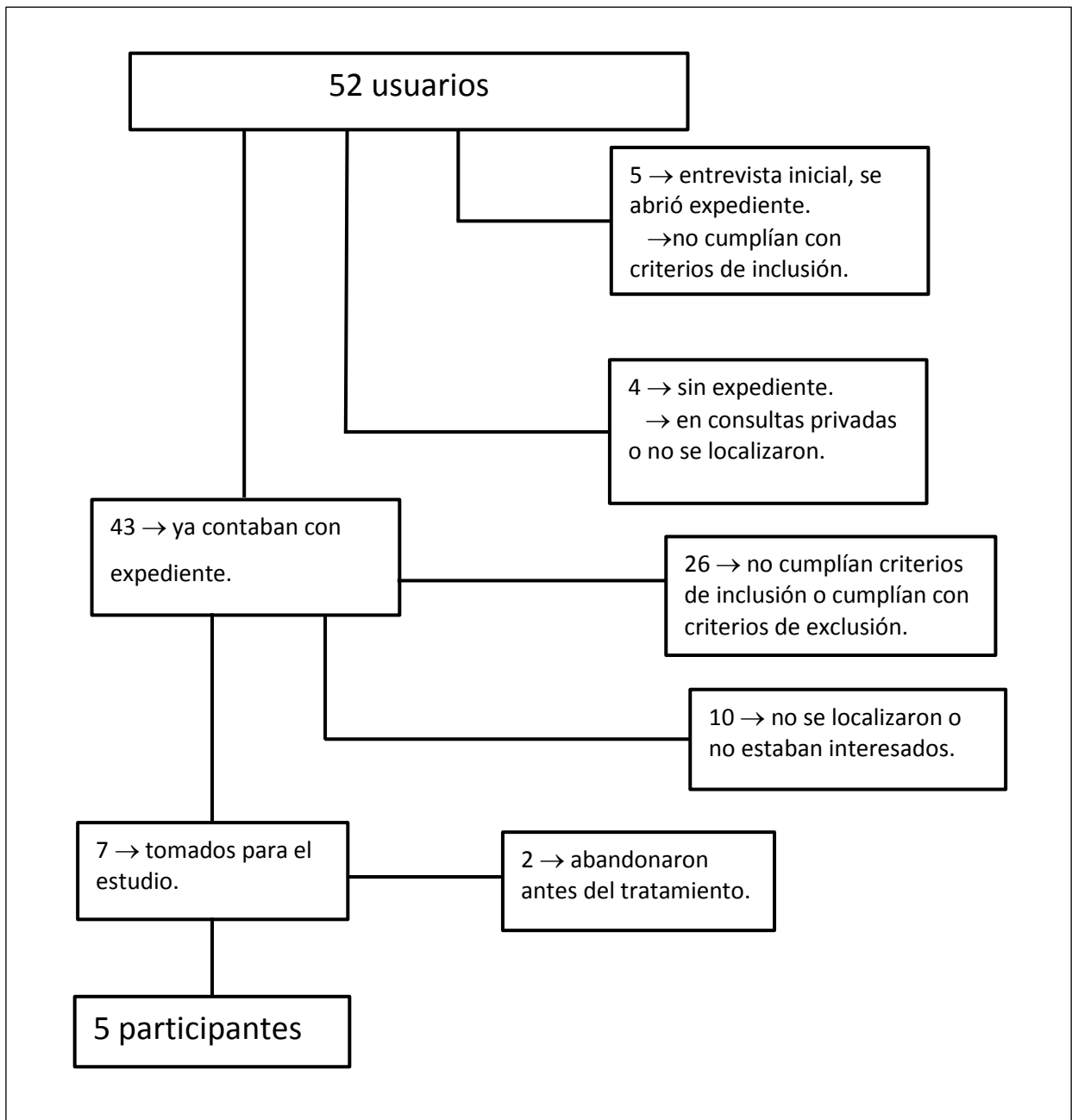


Figura 1. Proceso de selección de participantes.

En la Tabla 1 se detallan las características de cada participante; para efectos de confidencialidad, los nombres fueron cambiados:

Tabla 1. Características generales de las participantes

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	MOTIVO DE CONSULTA	PUNTAJE INICIAL
Gloria	47	Secundaria trunca	Administrativa en una biblioteca	Soltera	Síntomas depresivos crónicos desde hace muchos años. Las cosas empeoraron a raíz de la separación de su pareja. Autoestima muy pobre, anhedonia, llanto frecuente. Tienen una mala relación con sus hijos y teme vivir el resto de su vida sola.	BDI 43 pts Grave HADS D = 8 pts Leve 8 de 9 criterios DSM-IV para Depresión
Mercedes	29	Licenciatura trunca en arquitectura y otra en curso de ingeniería ambiental	Estudiante y profesionalista de medio tiempo	Unión libre	Tristeza debido a que no ha descubierto lo que quiere hacer de su vida; nada le gusta ni le satisface, y cuando prueba cosas nuevas, pierde el interés muy rápido. Tiene una relación conflictiva y muy aprehensiva con su pareja. Le es muy difícil establecer nuevas relaciones sociales.	BDI 20 pts Moderada HADS D = 13 pts Moderada 7 de 8 criterios DSM-IV para Distimia
Sara	28	Licenciatura en arquitectura	Profesionista	Soltera	Sentimientos de tristeza y desesperanza la mayor parte del tiempo desde hace mucho tiempo. Siente que su familia la restringe y no la deja vivir. Su padre es alcohólico y la culpa de esto. Pesimismo hacia su futuro, frustración con su vida, baja autoestima, celos intensos, malas relaciones interpersonales.	BDI 28 pts Moderada HADS D = 9 pts Leve 8 de 8 criterios DSM-IV para Distimia

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	MOTIVO DE CONSULTA	PUNTAJE INICIAL
Ána	54	Licenciatura trunca	Ama de casa y aprendiz de masajista.	Casada	Síntomas depresivos a partir de descubrir que su esposo le había sido infiel durante años; baja autoestima, indecisión, llanto frecuente, desvalorización, desesperanza. Incomprensión por parte de su esposo. Mala relación con sus hijos; dependencia económica de su marido.	BDI 35 pts Grave HADS D = 16 pts Grave 8 de 9 criterios DSM-IV para Depresión
Inés	33	Bachillerato Trunco	Staff en un teatro	Casada	Tristeza y desesperanza debido a que no ha logrado ser mamá así como frustración por sentir que sus papás disponen de todo su tiempo. Problemas de confianza hacia su pareja por drogas e infidelidad.	BDI 40 pts Grave HADS D = 12 pts Moderada 8 de 9 criterios DSM-IV para depresión.

Para efectos del presente trabajo, se hará referencia a *estado de ánimo deprimido* en lugar de *depresión*, ya que esta última implicaría que el o la paciente se encuentra en un estado en el que no es capaz de acudir por su propia cuenta a terapia, o que tiene un diagnóstico psiquiátrico establecido.

Para la elección de las participantes, se establecieron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Usuarios que refieran presentar un estado de ánimo deprimido, que obstaculice su desempeño social, emocional, personal y laboral normal.
- Cumplan con criterios DSM-IV para estado de ánimo deprimido.

- Cumplan con puntuaciones altas en el BDI (≥ 10) (Jurado et al., 1998).
- Usuarios aparentemente sanos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Usuarios que no estén de acuerdo en participar en el proyecto.
- Usuarios que no cumplan con criterios DSM-IV para un estado de ánimo deprimido.
- Usuarios cuyo puntaje obtenido en el cuestionario arriba mencionado, no indique presencia de depresión, según su punto de corte.
- Usuarios con problemáticas diferentes a estado de ánimo deprimido.
- Menores de edad.
- Usuarios que no firmen el consentimiento informado.
- Usuarios con adicciones.
- Usuarios con discapacidad intelectual.
- Usuarios con enfermedades crónicas.

Es importante mencionar que los motivos por los que se utilizó del DSM-IV y no la versión más reciente (DSM-5), están basados en los comunicados que han hecho diversas instituciones.

El Director del NIMH, Tom Insel (2013), argumenta que la fortaleza del DSM es su confiabilidad, pero su debilidad es su falta de validez y menciona que no utilizará el DSM-5 porque “los pacientes se merecen algo mejor”; refiriéndose al hecho de que el DSM sólo toma en cuenta la sintomatología para realizar un diagnóstico. Propone entonces un enfoque diagnóstico basado en la biología así como en los síntomas. Menciona que los trastornos mentales son desórdenes biológicos que involucran circuitos cerebrales que implican dominios específicos de cognición, emoción o conducta; plantea que mapeando los aspectos de circuito, cognitivos y genéticos de los aspectos mentales, se producirán nuevos y mejores objetivos de tratamiento; y declina así la utilización del DSM-5 como herramienta diagnóstica.

Por su parte, la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), redactó una “Carta Abierta al DSM-5 para el Grupo de Trabajo del DSM-5 y los

Americanos” (2011), en donde describe tres grandes preocupaciones respecto al nuevo DSM resumidas por Clay (2012):

- La reducción de los umbrales de diagnóstico: se disminuye el umbral para el diagnóstico de algunos trastornos, por ejemplo, el TDAH, por lo que es preocupante que haya diagnósticos erróneos aumentando así la prescripción de fármacos.
- Introducción de nuevos trastornos: se teme que esta introducción pueda incrementar los riesgos para ciertas poblaciones vulnerables como niños y ancianos, por ejemplo, el Trastorno Neurocognitivo Leve, el cual afectaría a la población mayor, quienes experimentan descensos esperados en la función cognitiva y, con un diagnóstico de este tipo, estos descensos ameritarían mediación.
- La falta de una base empírica para algunas propuestas: se cuestiona la base científica de algunos de los cambios propuestos, por ejemplo, la introducción de un nuevo trastorno llamado Síndrome de Psicosis Atenuada, el cual permitiría que adolescentes con conductas o pensamientos inusuales fueran tratados con medicamentos psiquiátricos para evitar un futuro padecimiento de esquizofrenia, sin embargo, la evidencia no muestra que los adolescentes con este tipo de señales lleguen a desarrollarla, o que, si tienen el riesgo de padecerla, se hayan visto beneficiados al tomar medicamentos antes en la vida.

Asimismo, la Sociedad Británica de Psicología (British Psychological Society [BPS por sus siglas en inglés]), concuerda ampliamente con la APA, sumándose a la preocupación por los nuevos diagnósticos y la falta de validez del nuevo DSM (BPS, 2012).

VARIABLE DEPENDIENTE

Definición conceptual: El estado de ánimo deprimido se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2014). Se pone especial énfasis en el criterio de *anhedonia*, ya que los criterios biológicos podrían confundirse con algún padecimiento físico médico.

Definición operacional: Se puede decir que existe un estado de ánimo deprimido cuando se obtienen puntajes altos en indicadores clínicos que señalan la posibilidad de la existencia de depresión, como una puntuación mayor a 10 en el cuestionario BDI (Jurado et al., 1998), así como la percepción del mismo participante mencionado en auto-reportes.

VARIABLE INDEPENDIENTE

Definición conceptual: La TCC es una psicoterapia intensiva que se centra en la sintomatología; tiene como premisa que las creencias distorsionadas sobre sí mismo, el mundo y el futuro mantienen el estado de ánimo deprimido. Las intervenciones conductuales se enfocan en la activación del paciente en su entorno, así como en aumentar sus sensaciones de control y placer sobre sus actividades (Parikh et al., 2009, Dobson y Dobson, 2009).

Definición operacional: La TCC breve consta de una intervención de 6 a 8 sesiones que incluye tres componentes principales (sujetos a modificación según fue requerido): reestructuración cognitiva, activación comportamental y entrenamiento en habilidades sociales (Department of Veterans Affairs, 2009; Miranda et al., 2008; Roselló y Bernal, 2007).

INSTRUMENTOS

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI, por sus siglas en inglés): Fue creado por Aaron T. Beck et al. (1961), su propósito es evaluar los síntomas de depresión y su gravedad (Smarr y Kefer, 2011). La versión más reciente: BDI (Beck et al., 1996), está compuesto por 21 ítems, es una escala tipo Likert de 4 puntos que indican el nivel de gravedad donde 0 es nada y 3 es la forma extrema de cada síntoma; el rango de puntuación es de 0 a 63 (Smarr y Kefer, 2011). En el año 1998, se validó en población mexicana con un α de Cronbach de 0.87; el análisis factorial arrojó tres factores, y una validez concurrente con la Escala de Zung que va de $r = 0.65$ a 0.70 ; el punto de corte determinado para este inventario es de 10 (Jurado et al., 1998). Se aplicó cada sesión como medida de evaluación tanto en la fase de línea base como en la fase de intervención y seguimiento. La elección de este cuestionario se debió a su nivel de confiabilidad en población mexicana, es breve y auto aplicable; así como el hecho de que se basa en los síntomas establecidos como

criterios en el DSM-IV para síntomas depresivos, el cual es un indicador de mucho peso en el presente trabajo. Se toma como principal medida indicadora.

REGISTROS CONDUCTUALES: Se le entregó a cada paciente un formato de calendario y se les pidió que durante toda la semana anotara sus actividades diarias (lo que hace o deja de hacer), relacionadas con su estado de ánimo. Este registro tiene como objetivo el identificar día a día las actividades de la paciente y observar los cambios en las mismas.

REGISTRO DE COGNICIONES: Se le entregó a la paciente un formato de calendario y se les pidió que durante toda la semana escribieran los pensamientos negativos que tiene relacionados con su estado de ánimo. La función de este registro es la misma que para el registro de conductas.

CHECKLIST DE CRITERIOS DSM-IV: Se creó un formato tipo *checklist* con los criterios DSM-IV para depresión con el objetivo de verificar que el usuario cumpla con los criterios establecidos y, posteriormente, evaluar si estos disminuyen; se aplicó en la pre y post intervención.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE. Se utilizó el formato de Satisfacción del Usuario que maneja el Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro; esto como requerimiento obligatorio por parte del mismo Centro, de acuerdo con su certificación y continuas auditorias, así como para conocer la opinión de las usuarias respecto al servicio que le fue otorgado. Se aplicó al término de la terapia.

PROCEDIMIENTO

Permisos y selección de participantes: El presente trabajo se desarrolló con previa autorización de la directora del Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro de la UNAM; haciendo de su conocimiento los fines de investigación que a este conciernen. Como primer paso se hizo una revisión exhaustiva de expedientes, así como una serie de entrevistas de evaluación a usuarios de primera vez, respetando siempre la secuencia de la lista de espera que maneja el Centro. Cabe mencionar que se sugirió una

canalización a otras áreas terapéuticas para los expedientes y usuarios de primera vez que no fueron tomados para el presente estudio.

Evaluación y Análisis Funcional: Una vez seleccionadas las participantes, fueron citadas para iniciar el Análisis Funcional, el cual constó en todos los casos de dos sesiones, una a la semana, con una duración de 2 horas cada una, en donde se recabaron los datos necesarios para completar el formato EORC, el cual sirvió como base para desglosar la problemática por la que la paciente solicitaba el servicio, y determinar, dentro de los componentes que los manuales sugieren, cuál sería el procedimiento terapéutico; más adelante se detalla el tratamiento que se brindó a cada paciente. En estas sesiones se utilizó, además de los cuestionarios y registros mencionados anteriormente, el *checklist* de criterios DSM-IV para depresión.

Desarrollo y componentes de las sesiones: En la primera sesión, luego de escuchar de la propia paciente cuál era el motivo de consulta, se le explicó a cada una los términos de la propuesta terapéutica: se les dijo que el proceso terapéutico estaría dividido en 4 segmentos: primero estaría la parte del análisis funcional, en donde se le harían preguntas referentes a la problemática; luego vendría la parte de línea base en donde se le llamaría por teléfono una vez a la semana para la aplicación del BDI, durante este tiempo, también tendrían que llenar sus registros diarios; después se les citaría de nuevo para presentarles su formato EORC en donde fue de suma importancia el que ellas participaran expresando si estaban de acuerdo con la visión del terapeuta acerca de la problemática, en esta misma sesión se les presentó el plan de tratamiento pidiéndoles que dijeran si estaban o no de acuerdo con lo propuesto, así como su participación para proponer ideas diferentes a las de la terapeuta si lo creían conveniente; si las participantes estaban de acuerdo, entonces ambas, terapeuta y paciente, firmaron un contrato conductual estipulando que, de no realizar las tareas terapéuticas, se harían acreedoras a sanciones que ellas mismas establecieron; asimismo, por cada tarea cumplida, fue auto impuesto un premio; esto debido a que, en la tradición Cognitivo Conductual, se toma especial importancia a la asignación de tareas al término de cada sesión de tratamiento, las cuales se ven justificadas con la premisa de que lo más importante para el cambio en el paciente es la práctica en la vida cotidiana de las habilidades aprendidas en sesión, buscando que estas se vuelvan un hábito

a mediano plazo. Por último, se brindó el tratamiento, el cual tuvo una duración variable de 8 a 13 sesiones, tomando como referencia de duración, entre otros aspectos, el compromiso de que, si en el tiempo propuesto para TCC breve no se sentían significativamente mejor, se brindarían sesiones de reforzamiento. Cabe mencionar, que todas las participantes contaban ya con un expediente abierto, el cual contenía los documentos indispensables para el Centro Comunitario: ficha de admisión, estudio socioeconómico y consentimiento informado. La investigación se conformó de dos fases que a continuación se describen:

FASE A: Evaluación y línea base. Tuvo una duración que fluctuó entre 3 y 7 sesiones, una por semana. Como se puntualizó anteriormente, las primeras 2 sesiones tuvieron como objetivo la recaudación de datos para realizar el análisis funcional y completar el formato EORC. En cada una de estas hubo también una evaluación psicométrica aplicando el BDI y haciendo la petición de llenar los registros arriba mencionados. Una vez que la información se hubo obtenido, fue necesario ajustar los componentes generales de la TCC breve de acuerdo con las necesidades de cada paciente. Posteriormente transcurrieron de 1 a 5 semanas de evaluación según la asignación aleatoria para cada paciente; en este periodo únicamente se realizaron mediciones con el instrumento mencionado, esta actividad fue realizada por la terapeuta vía telefónica; así como el llenado de los auto-registros. Las sesiones cara a cara de evaluación, se llevaron a cabo en el Centro Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro, en cubículos destinados para tal fin, con horarios establecidos para cada participante.

FASE B: Intervención y Seguimiento. Esta fase tuvo un promedio de 8.6 sesiones, una por semana con una duración de 90 minutos aproximadamente, esto sin tomar en cuenta las ocasiones en las que las pacientes faltaban por algún motivo.

Luego de haber transcurrido el tiempo de línea base correspondiente a cada paciente se mostró a cada una su formato EORC, posteriormente se presentó la propuesta de tratamiento y se firmó el contrato conductual. Esta sesión se tomó como parte de la intervención debido a que se brindó una introducción al tratamiento (Malogiannis et al., 2014; Bevan, Wittkowski y Wells, 2013; Ehrenreich, Goldstein, Wright y Barlow, 2009). En la sesión inmediata se inició con la intervención diseñada para cada participante, para lo

cual, y según lo recomendado por Roselló y Bernal (2007), y Miranda et al. (2008), se tomaron en cuenta tres componentes:

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Las personas con estado de ánimo deprimido, suelen tener constantes pensamientos negativos o pesimistas, los cuales pueden ser tan “poderosos” que estas se sienten abrumadas e incapaces de hacer frente a ellos. A menudo estos pensamientos se consideran como “verdad” para las personas por lo que les parece que no hay una manera efectiva de contrarrestarlos. La Reestructuración Cognitiva implica una serie de técnicas que ayuda a los pacientes a identificar estos pensamientos negativos y, posteriormente, sustituirlos por pensamientos positivos más funcionales (Dobson y Dobson, 2009).

ACTIVACIÓN COMPORTAMENTAL. Se basa en la premisa de que los problemas en la vida de las personas vulnerables y sus respuestas comportamentales a dichos problemas, reducen su capacidad de experimentar la recompensa positiva de su entorno. La Activación Comportamental tiene como objetivo incrementar las actividades conductuales sistemáticamente, de manera que se ayude al paciente a aumentar las experiencias que son placenteras o productivas y así mejorar el contexto de su vida. Las técnicas utilizadas se centran en la activación y en los procesos que inhiben la activación, como comportamientos de escape y evitación (Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn, 2008).

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES. Tiene como premisa que el estado de ánimo deprimido se relaciona con tener menos contactos con personas; sentir incomodidad, timidez o enojo hacia otros; sentirse incapaz de expresar lo que agrada o desagrada, así como sentimientos y preferencias; tener sensibilidad a sentirse ignorado, criticado o rechazado. El objetivo del entrenamiento en habilidades sociales es agrandar las redes de apoyo y mantener estas redes sanas y cultivadas mediante el cuidado de la influencia entre pensamientos comportamientos y sentimientos, y las relaciones con otros; habilidades de comunicación y asertividad (Roselló y Bernal, 2007).

Estructura de las sesiones: Una sesión típica iniciaba con una revisión de los puntos más importantes de la sesión anterior, la evaluación de la práctica de las habilidades

mostradas una sesión atrás y la revisión de acontecimientos relevantes en la vida de las pacientes. Luego se daba paso a la psicoeducación de una nueva técnica o a la continuación de una, explicando su función, importancia y objetivos en la terapia, haciendo uso de técnicas principalmente escritas o modeladas según se requiriera; en el caso de las escritas, ésta se ilustraba con algún ejemplo sencillo para, posteriormente, buscar ejemplos de la vida cotidiana de las pacientes hasta que el concepto quedara claro. Por último, se hacía un resumen de lo revisado y se indicaba la tarea para el tiempo fuera de sesión, para luego pasar a responder los cuestionarios.

En las tablas de la 2 a la 6 se detalla la distribución de estos componentes en los tratamientos de cada una de las pacientes, las cuales se enlistan de acuerdo a su línea base correspondiente:

Tabla 2. Distribución de componentes por sesión de Sara.

No. de Sesión en tratamiento	Técnicas trabajadas
1	Reestructuración cognitiva: Modelo ABC de Ellis
2	Reestructuración cognitiva: Continuación al modelo de Ellis ABC – DE, Errores de pensamiento
3	Reestructuración cognitiva: Ejercicio ¿Qué pasaría si ...?
4	Relajación: Respiración diafragmática, Relajación muscular progresiva, Relajación autógena.
5	Reestructuración cognitiva: Decatastrofización
6	Reestructuración cognitiva: Continuación de decatastrofización
7	Entrenamiento en habilidades sociales: Asertividad
8	Activación comportamental

Tabla 3. Distribución de componentes por sesión de Inés

No. de Sesión en tratamiento	Técnicas trabajadas
1	Activación Comportamental
2	Continuación de Activación Comportamental y Solución de problemas
3	Reestructuración cognitiva: Modelo ABC de Ellis
4	Reestructuración Cognitiva: Continuación al Modelo de Ellis ABC – DE, Errores de pensamiento
5	Reestructuración Cognitiva: Ejercicio ¿Qué pasaría si...?
6	Relajación: Respiración Diafragmática, RMP, Relajación Autógena
7	Entrenamiento en habilidades sociales: Asertividad y escucha activa

Tabla 4. Distribución de componentes por sesión de Mercedes

No. de Sesión en tratamiento	Técnicas trabajadas
1	Activación Conductual
2	Continuación Activación Conductual
3	Reestructuración Cognitiva: Modelo ABC de Ellis

Tabla 5. Distribución de componentes por sesión de Gloria

No. de Sesión en tratamiento	Técnicas trabajadas
1	Activación Comportamental
2	Continuación de Activación Comportamental
3	Reestructuración Cognitiva: Modelo ABC de Ellis
4	Reestructuración Cognitiva: Seguimiento, Modelo ABC de Ellis
5	Reestructuración Cognitiva: Continuación Modelo ABC – DE de Ellis
6	Reestructuración Cognitiva: Ejercicio ¿Qué pasaría si?
7	Reestructuración Cognitiva: Decatastrofización
8	Relajación: Respiración Diafragmática, RMP, Relajación Autógena
9	Reestructuración Cognitiva: Sustitución de Pensamientos Negativos por pensamientos alternativos funcionales.
10	Entrenamiento en Habilidades Sociales: Asertividad, técnicas para manejo de conflictos
11	Entrenamiento en Habilidades Sociales: Continuación Asertividad, técnicas para decir NO
12	Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Tabla 6. Distribución de componentes por sesión de Ana

No. de Sesión en tratamiento	Técnicas trabajadas
1	Técnica de solución de Problemas
2	Activación Comportamental
3	Reestructuración Cognitiva: Modelo ABC de Ellis
4	Reestructuración Cognitiva: Continuación al modelo de Ellis ABC – DE, Errores de Pensamiento
5	Reestructuración Cognitiva: Seguimiento Modelo de Ellis ABC - DE
6	Reestructuración Cognitiva: Ejercicio ¿Qué pasaría si?
7	Relajación: Respiración Diafragmática, RMP, Relajación Autógena.
8	Entrenamiento en Habilidades Sociales: Asertividad

SEGUIMIENTO. Una vez que la intervención hubo finalizado, se dio seguimiento a cada una de las pacientes para su evaluación pos-tratamiento al mes, tres y seis meses, con el fin de realizar una estimación acerca de cómo les fue con las habilidades adquiridas y revisar, si era necesario, el refuerzo de alguna. La evaluación se llevó a cabo mediante

una entrevista con duración de 50 minutos en el Centro Comunitario Julián Macgregor y Sánchez Navarro y el instrumento psicométrico anteriormente mencionado, ya sin solicitar registros diarios.

ANÁLISIS DE DATOS

Dado el diseño de la presente investigación, se consideró pertinente realizar los siguientes análisis de la información:

ANÁLISIS VISUAL DE DATOS: busca determinar si los efectos de una intervención son consistentes y confiables mediante la examinación visual de los datos entre fases; esto es, se busca el cumplimiento de un criterio experimental que toma en cuenta cambios entre fases como la media, el nivel, la tendencia o dirección, y latencia, para inferir si un cambio verídico o confiable ha sido demostrado y si este puede ser atribuido a la intervención (Kazdin, 2011). Los datos fueron graficados en un programa Excel 2010, según lo recomendado por Dixon et al. (2009). Como una herramienta que permita realizar declaraciones más precisas acerca de los resultados obtenidos se utilizó el “Índice de la no superposición de todos los pares” (Non Overlap of all Pairs [NAP por sus siglas en inglés]) el cual ha demostrado ser un buen soporte para prácticas basadas en la evidencia; ha mostrado proveer rangos útiles en el tamaño del efecto de la intervención, así como precisión, eficiencia de cálculo y validez externa en las comparaciones entre fases por lo que se utilizó como contraste general. (Parker, Vannest y Davis, 2011; Parker y Vannest, 2009).

El cálculo del índice NAP se realizó tanto de manera manual según lo recomendado por Parker y Vannest (2009), como mediante el uso de una calculadora virtual específica disponible en la página web “*Single Case Research*” (<http://www.singlecaseresearch.org/>), dicha página se especializa en lo concerniente a los métodos estadísticos utilizados en estudios de caso.

Para el cálculo manual de NAP se consideraron los siguientes rangos para interpretar el tamaño del efecto obtenido (Parker y Vannest, 2009):

- 0 – 0.65 efecto débil

- 0.66 – 0.92 efecto medio
- 0.93 – 1.0 efecto fuerte.

SIGNIFICANCIA CLÍNICA: se refiere al valor aplicado o importancia del efecto de una intervención, es decir, si la intervención hizo una diferencia real en la vida cotidiana del paciente (Kazdin, 1999; Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984).

Kazdin (1999) plantea que para una adecuada evaluación de la significancia clínica son necesarias múltiples mediciones ya que ninguna medición en solitario puede capturar todos los componentes que la significancia clínica requiere, retomando las medidas estandarizadas así como el punto de vista del paciente y del terapeuta. En concordancia con este argumento, se retomaron tres criterios utilizados por Lévesque, Savard, Simard, Gauthier e Ivers (2004) en un estudio dirigido a evaluar la eficacia de la terapia cognitiva para depresión en mujeres, utilizando un diseño de línea base múltiple:

1. *Satisfacción de la paciente con los efectos del tratamiento:* Una vez terminado el tratamiento, se le preguntó a cada paciente qué tanto consideraba que el tratamiento le ayudó a mejorar su estado de ánimo, la evaluación se dio de acuerdo a la siguiente escala:
 - 0 le hizo daño
 - 1-4 percibió un cambio leve
 - 5-8 percibió un cambio mediano
 - 9-10 percibió un gran cambio
2. *Evaluación del psicólogo respecto al grado de mejora del estado de ánimo de la paciente:* Esta evaluación se realizó utilizando el mismo mecanismo arriba mencionado pero tomando en cuenta el punto de vista de la terapeuta para cada una de las pacientes.
3. *Puntajes de depresión dentro de rangos normativos:* se tomaron en cuenta los puntajes obtenidos mediante la aplicación del BDI, comparando el pre y el post tratamiento en cada caso. Se consideró como un cambio clínicamente significativo

si la evaluación post-tratamiento se encontrara por debajo del punto de corte establecido para el instrumento (≤ 10) (Jurado et al., 1998).

RESULTADOS

En la figura 2 se muestran los datos obtenidos mediante la aplicación del BDI a las cinco participantes que recibieron la intervención; cada uno de los puntajes de este instrumento fue recabado durante la fase de línea base, tratamiento y seguimiento; y posteriormente graficados para su análisis visual. Se eligió este instrumento debido a su validez y confiabilidad comprobadas en población mexicana (Jurado et al., 1998).

Cabe recordar que se tomó la sesión donde se mostró el EORC y se hizo la propuesta de plan de tratamiento como la primera de la fase de intervención dado que se brindó una introducción al tratamiento (Malogiannis et al., 2014; Bevan, Wittkowski y Wells, 2013; Ehrenreich, Goldstein, Wright y Barlow, 2009), sin embargo, es importante resaltar que los componentes ya mencionados anteriormente se brindaron a partir de lo que sería considerado como la sesión dos de intervención.

De las cinco participantes que iniciaron el tratamiento, tres lo finalizaron; Mercedes abandonó la intervención luego de la cuarta sesión. Respecto a las cuatro restantes, Sara mostró pensamientos centrales o esquemas negativos muy arraigados, por lo que la intervención fue aún más larga que la estándar para depresión en TCC dado que así se recomienda en éstos casos (Malogiannis et al., 2014; Wenzel, 2012; Dobson y Dobson, 2009). Para efectos de comparación, se muestran los datos obtenidos de ésta última participante hasta la sesión trece de intervención. Por otra parte, Gloria no percibía una mejora significativa al término de las ocho sesiones no obstante puntuar en rango “normal” para el BDI, la percepción de la terapeuta coincidía con la necesidad de seguir brindando y reforzando habilidades en Gloria, por lo que se continuó trabajando con ella en el modelo estándar de TCC. El trabajo con Inés y Ana se efectuó según el modelo de TCC breve propuesto en el diseño presente trabajo.

El análisis visual de los datos muestra que, durante la línea base, los puntajes de las cinco participantes se encontraban dentro del rango de depresión de moderado a grave de acuerdo con la prueba de evaluación aplicada. En este punto es importante puntualizar que, a pesar de que la intervención se había propuesto inicialmente como de tipo breve, es decir, con una duración de 6 a 8 sesiones, ésta fue flexible a las necesidades o demandas de cada

caso, por lo que la duración de cada tratamiento varió: como se había mencionado, Sara mostró esquemas negativos arraigados que requirieron de la prolongación de la intervención; Mercedes abandonó la terapia luego de la cuarta sesión; Gloria mostró necesidad por continuar el tratamiento luego de la octava sesión, por lo que se trabajó con ella mediante el modelo estándar, cabe mencionar que, en su caso, ya se habían brindado todos los componentes hasta la sesión ocho, en el resto de las sesiones el trabajo se enfocó en el reforzamiento de las mismas. Por otra parte, Inés y Ana fueron intervenidas con el método propuesto. A pesar de la variabilidad descrita respecto a la duración de las intervenciones, es de suma importancia resaltar que, de acuerdo a lo observado en la Figura 2, si se realizara un corte en la sesión 8 de intervención en las gráficas de las tres pacientes que finalizaron el tratamiento es claro que, a pesar de los diferentes motivos por los que la terapia se extendió en cada caso, los niveles de depresión ya habían disminuido significativamente hasta entrar en el rango de mínimo a leve; esto se expone debido a que dicho número de sesión sería el límite de lo propuesto en este trabajo como modalidad breve de la TCC (véase Figura 2).

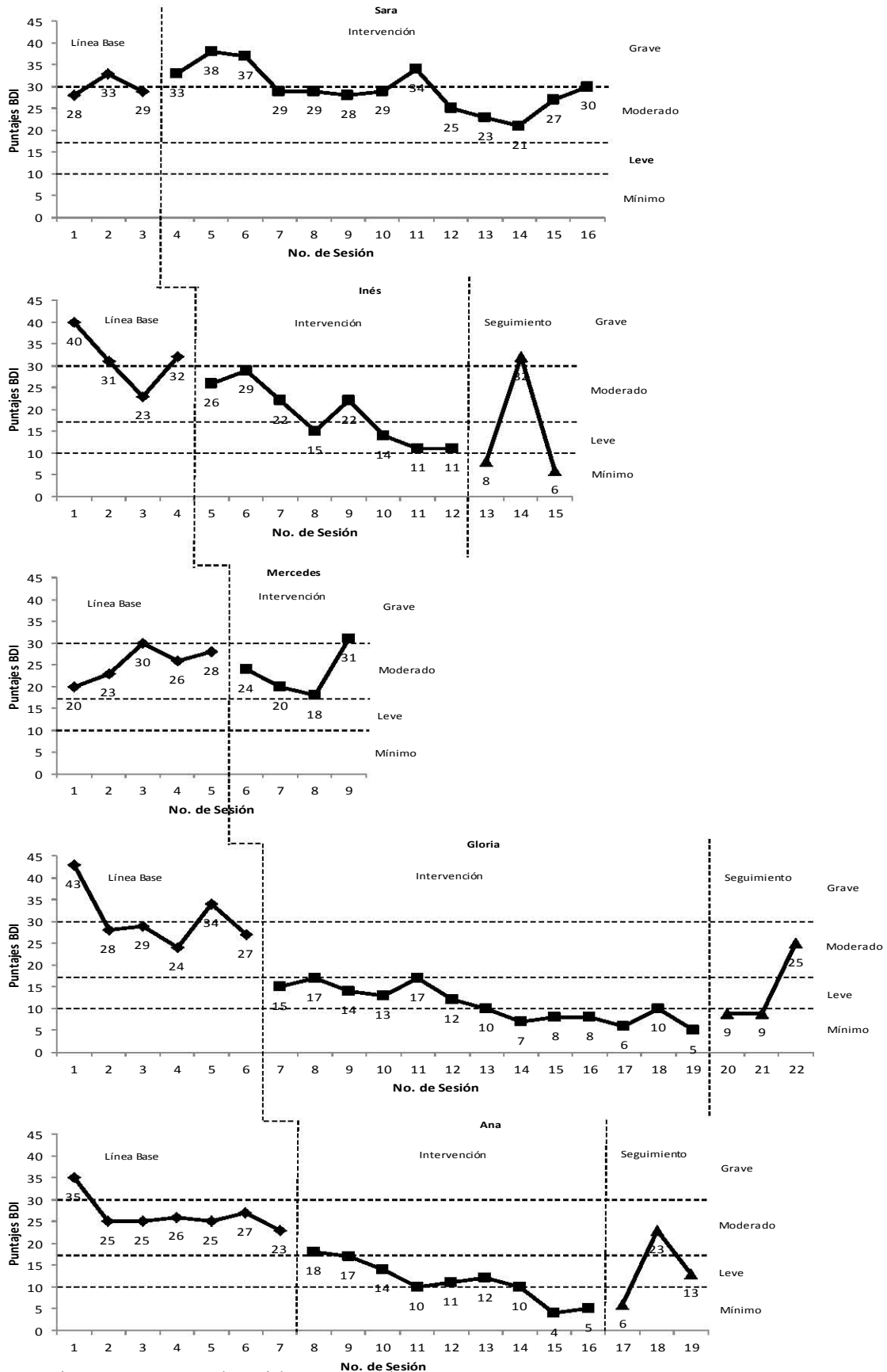


Figura 2. Datos obtenidos por paciente.

En este punto, cabe resaltar el grado de sintomatología depresiva con el que las pacientes iniciaron el tratamiento, para el cual se tomó como referencia criterios DSM-IV, los puntajes obtenidos mediante la aplicación del BDI durante la fase de línea base, la percepción de las usuarias frente a su malestar así como la impresión diagnóstica. En la tabla 7 se pueden observar estos niveles por paciente (véase tabla 7).

Tabla 7. Grado inicial de sintomatología depresiva por paciente.

Participante	Criterios DSM-IV	Grado de depresión según BDI	Percepción de la paciente	Impresión diagnóstica
1. Sara	7/7 para Distimia	Moderado	“Me siento triste todo el tiempo desde hace mucho tiempo”	Sintomatología distímica que si bien no interfiere con el desempeño normal de la paciente, afecta seriamente su calidad de su vida.
2. Inés	8/9 para Depresión	Severo	“Me siento muy frustrada con mi vida”	Sintomatología depresiva que genera crisis nocturnas con autolesiones, irritabilidad e insatisfacción con su vida actual.
3. Mercedes	6/9 para Depresión	Moderado	“Soy un fraude”	Sintomatología depresiva enfocada en la autopercepción de la paciente referente al incumplimiento de sus propias expectativas y las de otros.
4. Gloria	9/9 para Depresión	Severo	“Me siento muy mal; tengo mucha culpa por todo; he pensado en cómo me quitaría la vida; siento que no sirvo para nada”.	Sintomatología depresiva aguda y generalizada, que afecta gravemente todas las áreas de su vida.
5. Ana	8/9 para Depresión	Moderado	“No sé quién soy ni qué es lo que quiero en mi vida, me siento vieja, quisiera encontrarme a mí misma”	Sintomatología depresiva que provoca muy baja autoestima, pobre auto-concepto e inseguridad, afectando seriamente su área familiar.

Respecto al seguimiento, es claro que en los tres casos, hay por lo menos un punto en el tiempo en donde sus puntajes se disparan; las narraciones de cada una de estas participantes indican situaciones críticas por las que tuvieron que atravesar en ese punto del seguimiento, sin embargo, en el caso de Inés y Ana, los puntajes regresan a niveles bajos; en el caso de Gloria, esta situación crítica se presenta en la última sesión de seguimiento; esto se retoma en la sección de discusión. De acuerdo con lo graficado, Gloria fue quien, en correspondencia con el BDI, se sintió mejor en un lapso muy corto y de forma prolongada,

no obstante, su caso se retoma en la sección de discusión ya que, según su propio relato, no se basaba en su sintomatología real al momento de responder el cuestionario; le siguieron Ana e Inés consecutivamente. Se puede apreciar que la disminución de sus puntajes es bastante notoria al pasar de la línea base al tratamiento.

TAMAÑO DEL EFECTO POR NAP

Para el cálculo manual de NAP, se siguió lo expuesto por Parker y Vannest (2009). Se compararon todos los valores de la fase A (línea base) con los de la fase B (intervención y seguimiento) y se asignaron valores de 0, 0.5 y 1 a la superposición de los pares. Cabe recordar que el objetivo del tratamiento era disminuir la sintomatología depresiva, acorde a esta mención, los valores arriba mencionados se asignaron de la siguiente manera:

- 0 – sin superposición en la fase B
- 0.5 – mismo valor en fase A y en fase B
- 1 – con superposición en fase B.

En la tabla 8 se puede observar que las 5 participantes tuvieron efectos positivos a pesar de la variación en la duración de sus intervenciones. En el caso de Sara y Mercedes, tuvieron un efecto débil con porcentajes de 52% y 62% respectivamente, cabe recordar que Sara siguió una intervención prolongada y Mercedes abandonó la propia luego de la cuarta sesión. Inés, por su parte, tuvo un efecto mediano con un porcentaje del 90%. Asimismo, el efecto en Gloria y Ana se muestra como fuerte con porcentajes de 98% y 99% respectivamente (véase tabla 8).

Tabla 8. Tamaño del efecto mediante cálculo manual de NAP

Paciente		Puntajes Fases A y B		N - \sum valores no superpuestos	Valor NAP NAP = La diferencia del valor de superposición/ N	Interpretación
Sara	<u>FA</u>	<u>FB</u>		$N = (N_A \times N_B)$	NAP	Efecto débil
Línea	28	33 (1), 38 (1), 37 (1), 29 (1), 29 (1), 28 (.5), 29 (1), 34 (1), 25 (0), 23 (0), 21 (0), 27 (0), 30 (1)		$N = (N_3 \times N_{13})$	= 20.5/39	
Base 3	33	33 (.5), 38 (1), 37 (1), 29 (0), 29 (0), 28 (0), 29 (0), 34 (1), 25 (0), 23 (0), 21 (0), 27 (0), 30 (0)		N = 39	= <u>52%</u>	
	29	33 (1), 38 (1), 37 (1), 29 (.5), 29 (.5), 28 (0), 29 (.5), 34 (1), 25 (0), 23 (0), 21 (0), 27 (0), 30 (1)		$39 - 18.5 = 20.5$		
Inés	<u>FA</u>	<u>FB</u>		$N = (N_A \times N_B)$	NAP	Efecto medio
Línea	40	26 (0), 29 (0), 22 (0), 15 (0), 22 (0), 14 (0), 11 (0), 11 (0), 8 (0), 32 (0)		$N = (N_4 \times N_{11})$	= 39.5/44	
Base 4	31	26 (0), 29 (0), 22 (0), 15 (0), 22 (0), 14 (0), 11 (0), 11 (0), 8 (0), 32 (1)		N = 44	= <u>90%</u>	
	23	26 (1), 29 (1), 22 (0), 15 (0), 22 (0), 14 (0), 11 (0), 11 (0), 8 (0), 32 (1)		$44 - 4.5 = 39.5$		
	32	26 (0), 29 (0), 22 (0), 15 (0), 22 (0), 14 (0), 11 (0), 11 (0), 8 (0) , 32 (.5)				
Mercedes	<u>FA</u>	<u>FB</u>		$N = (N_A \times N_B)$	NAP	Efecto débil
Línea	20	24 (1), 20 (.5), 18 (0), 31 (1)		$N = (N_5 \times N_4)$	= 12.5/20	
Base 5	23	24 (1), 20 (0), 18 (0), 31 (1)		N = 20	= <u>62%</u>	
	30	24 (0), 20 (0), 18 (0), 31 (1)		$20 - 7.5 = 12.5$		
	26	24 (0), 20 (0), 18 (0), 31 (1)				
	28	24 (0), 20 (0), 18 (0), 31 (1)				
Gloria	<u>FA</u>	<u>FB</u>		$N = (N_A \times N_B)$	NAP	Efecto fuerte
Línea	43	15 (0), 17 (0), 14 (0), 13 (0), 17 (0), 12 (0), 10 (0), 7 (0), 8 (0), 8 (0), 6 (0), 10 (0), 5 (0), 9 (0), 9 (0), 25 (0)		$N = (N_6 \times N_{16})$	= 95/96	
Base 6	28	15 (0), 17 (0), 14 (0), 13 (0), 17 (0), 12 (0), 10 (0), 7 (0), 8 (0), 8 (0), 6 (0), 10 (0), 5 (0), 9 (0), 9 (0), 25 (0)		N = 96	= <u>98%</u>	
	29	15 (0), 17 (0), 14 (0), 13 (0), 17 (0), 12 (0), 10 (0), 7 (0), 8 (0), 8 (0), 6 (0), 10 (0), 5 (0), 9 (0), 9 (0), 25 (0)		$96 - 1 = 95$		
	24	15 (0), 17 (0), 14 (0), 13 (0), 17 (0), 12 (0), 10 (0), 7 (0), 8 (0), 8 (0), 6 (0), 10 (0), 5 (0), 9 (0), 9 (0), 25 (1)				
	34	15 (0), 17 (0), 14 (0), 13 (0), 17 (0), 12 (0), 10 (0), 7 (0), 8 (0), 8 (0), 6 (0), 10 (0), 5 (0), 9 (0), 9 (0), 25 (0)				
	27	15 (0), 17 (0), 14 (0), 13 (0), 17 (0), 12 (0), 10 (0), 7 (0), 8 (0), 8 (0), 6 (0), 10 (0), 5 (0), 9 (0), 9 (0), 25 (0)				
Ana	<u>FA</u>	<u>FB</u>		$N = (N_A \times N_B)$	NAP	Efecto fuerte
Línea	35	18 (0), 17 (0), 14 (0), 10 (0), 11 (0), 12 (0), 10 (0), 4 (0), 5 (0), 6 (0), 23 (0), 13 (0)		$N = (N_7 \times N_{12})$	= 83.5/84	
Base 7	25	18 (0), 17 (0), 14 (0), 10 (0), 11 (0), 12 (0), 10 (0), 4 (0), 5 (0), 6 (0), 23 (0), 13 (0)		N = 84	= <u>99%</u>	
	25	18 (0), 17 (0), 14 (0), 10 (0), 11 (0), 12 (0), 10 (0), 4 (0), 5 (0), 6 (0), 23 (0), 13 (0)		$84 - 0.5 = 83.5$		
	26	18 (0), 17 (0), 14 (0), 10 (0), 11 (0), 12 (0), 10 (0), 4 (0), 5 (0), 6 (0), 23 (0), 13 (0)				
	25	18 (0), 17 (0), 14 (0), 10 (0), 11 (0), 12 (0), 10 (0), 4 (0), 5 (0), 6 (0), 23 (0), 13 (0)				
	27	18 (0), 17 (0), 14 (0), 10 (0), 11 (0), 12 (0), 10 (0), 4 (0), 5 (0), 6 (0), 23 (0), 13 (0)				
	23	18 (0), 17 (0), 14 (0), 10 (0), 11 (0), 12 (0), 10 (0), 4 (0), 5 (0), 6 (0), 23 (.5), 13 (0)				

Como una forma de respaldar el método manual, se realizó el cálculo de NAP mediante el uso de una calculadora virtual específica localizada en la página web “*Single Case Research*” (<http://www.singlecaseresearch.org/calculators/nap>) cuyo principio de comparación entre fases es el mismo que el descrito anteriormente; este método virtual brinda, además del valor de NAP, el nivel de significancia así como intervalos de confianza, lo cual fortalece la validez y relevancia de los resultados obtenidos los cuales se muestran en la tabla 9. Como se puede observar, los valores obtenidos de NAP mediante el uso de esta calculadora son sumamente similares a los porcentajes adquiridos con el método manual (véase tabla 9). El valor NAP de Sara de 0.52 ($p = 0.89$, 90% IC $-0.576 <> 0.678$) y el de Mercedes de 0.62 ($p = 0.54$, 90 %IC $-0.422 <> 0.922$) arrojaron resultados no significativos. Por otro lado, Inés, Gloria y Ana obtuvieron valores NAP de 0.89 ($p = 0.02$, 90 % IC $0.223 <> 1.368$), 0.98 ($p = 0.0005$, 90 % IC $0.514 <> 1.444$), y 0.99 ($p = 0.0005$, 90 % IC $0.525 <> 1.452$) respectivamente, mostrando una significancia importante en sus resultados.

Tabla 9. Resultados de NAP mediante el uso de una calculadora virtual.

ID	Label	S	PAIRS	NAP	VARs	SD	SDnap	Z	P Value	CI 85%	CI 90%
0	<u>P1BL vs P1INT</u>	2	39	0.5256	221	14.8661	0.3812	0.1345	0.8930	-0.498 <> 0.600	-0.576 <> 0.678
1	<u>P2BL vs P2INT</u>	35	44	0.8977	234.6667	15.3188	0.3482	2.2848	0.0223	0.294 <> 1.297	0.223 <> 1.368
2	<u>P3BL vs P3INT</u>	5	20	0.6250	66.6667	8.1650	0.4082	0.6124	0.5403	-0.338 <> 0.838	-0.422 <> 0.922
3	<u>P4BL vs P4INT</u>	94	96	0.9896	736	27.1293	0.2826	3.4649	0.0005	0.572 <> 1.386	0.514 <> 1.444
4	<u>P5BL vs P5INT</u>	83	84	0.9940	560	23.6643	0.2817	3.5074	0.0005	0.582 <> 1.394	0.525 <> 1.452

ACTIVACIÓN COMPORTAMENTAL

Se trata de las actividades que las pacientes hacían o dejaban de hacer en relación con su estado de ánimo. Se buscó que las participantes retomaran las actividades que disfrutaban y en las que perdieron interés debido a su sintomatología depresiva así como evitar aquéllas que mantenían ese estado de ánimo. Se integraban actividades nuevas que contribuyeran a la mejora de su ánimo, como hacer algo con el único fin de hacerse sentir bien a sí mismas, por ejemplo, comer chocolate; asimismo, se buscaron actividades que brindaran a las pacientes una percepción de éxito, por ejemplo, establecer metas a largo plazo mediante pequeñas acciones a corto plazo, o concretar algún plan rezagado. Se solicitaba a las participantes que llevaran registros diarios de sus actividades.

Cabe comentar que al principio a las pacientes les costó trabajo cumplir con la tarea ya que se les olvidaba realizarla, o traerla a sesión, o las extraviaron, y en algunos casos, no se obtuvieron esos primeros registros. En el caso específico de Mercedes, quien tenía largas ausencias entre sesión y sesión, acumulaba sus registros y al final, un problema personal llevó a la destrucción de los mismos. En general, para el resto de las pacientes, los registros fueron formando parte de su rutina, aunque en ocasiones, no los llenaban completos por diversos motivos como no tener tiempo o dejarlo para el fin de semana y luego ya no recordar lo que habían hecho. En la tabla 10 se hace un comparativo de manera que se facilite observar los cambios comportamentales por pacientes antes y después del tratamiento. Es importante resaltar que el contraste entre las conductas presentadas en las secciones *pre-intervención* y *post-intervención* en dicha tabla tiene el objetivo de destacar los cambios como ya fue especificado, sin embargo, las conductas mencionadas no fueron las únicas presentadas por las pacientes; asimismo, para que se presentaran las conductas *post-intervención* hubieron otras de carácter intermedio entre una sección y la otra (véase tabla 10).

Tabla 10. Actividades pre y post evaluación por paciente.

Participante	Actividades Pre-intervención	Actividades Post-intervención
<p>1. Sara: 28 años, sintomatología distímica. Línea base 3</p>	<p>Evitar pasar tiempo con su familia por sentir enojo hacia ellos. Dejó inconcluso el trámite para entrar a la maestría. Pasar mucho tiempo en cama los fines de semana. Si nadie quiere ir con ella a alguna noche de museos, termina no yendo. Buscar siempre algo que hacer al salir del trabajo para no sentirse sola. No disfrutar cuando sale o dejar de salir por pensar en que su familia se molestará con ella. Cuando no puede salir, se porta de manera tal que las personas a quienes acompañaría, tampoco vayan. Mentir a su familia acerca de sus salidas. Suele aislarse de la gente ya que no se le ocurre qué hablar con otras personas. Llorar frecuentemente. Cuando se siente tranquila, busca algo para sentirse mal. Suele revisar con frecuencia Facebook, y cualquier cosa que vea la pone triste. Siempre tiene sueño. Procura llegar tarde a su casa para llegar sólo a dormir. Desearía irse a vivir sola pero no se anima a hacerlo. Rechazó una buena propuesta laboral. Ha dejado de hablar cosas importantes para ella con su papá para evitar que se moleste. No come bien cuando se deprime.</p>	<p>Invitar a su papá a salir con ella por un café o pasar tiempo con él haciendo algo del agrado de él. Busca pasar tiempo de calidad con su mamá. Retomar antiguas amistades y salir con ellas. Buscar actividades recreativas y disfrutar de ellas aunque vaya sola. Cuando sale, intenta controlar su preocupación por su papá, aunque sea un momento. Cuando nota que empieza a “hacer berrinche”, intenta calmarse para estar bien, para animarse a salir. A pesar de que un día tenga un mal inicio, busca tranquilizarse y mejorar el día. Cuando empieza a crear historias en su mente, intenta buscar evidencia de lo que está pensando o de lo que está pasando realmente. Le cuesta mucho tener pensamientos alternativos, pero intenta desviar el pensamiento negativo y no pensar más en él. Procura ya no enojarse ni discutir con César, “tragarse su orgullo y quitarse de problemas”. Procura no ser tan explosiva y pensar en el tipo de respuesta que va a dar. Desarrolló listados de cosas por las que puede estar agradecida. Cuando está con su papá, cuida mucho lo que dice para que él no se enoje.</p>

Participante	Actividades Pre-intervención	Actividades Post-intervención
<p>2. Inés: 33 años, sintomatología depresiva. Línea base 4</p>	<p>Se dice a sí misma que es una tonta, se maldice. Discute con su esposo y papás con frecuencia. Llanto frecuente. Suele quedarse en cama hasta tarde durante el día. Dejó de comprarse ropa, ir a los museos y leer. Realiza sus actividades con enojo. Al llegar a casa, sólo quería acostarse. Solía decir a Oscar que tiene que cambiar, estaba “atrás” de él para que se tratara su adicción. Prefiere hacer cosas que también Oscar puede hacer ya que “no le gustan sus modos”. Miente a su familia para no pasar tiempo con ellos. Hace cosas por Oscar sólo por darle gusto, para que él vea que a ella le interesa, aunque no lo disfrute. Se la pasa sola, encerrada en su cuarto, no contesta su teléfono ni sale a abrir la puerta de su casa. Tuvo crisis en las noches, en una de ellas se enterró unas tijeras en la pierna. No hace sus cosas por hacer las de sus papás, aún en contra de su voluntad. Cuando tiene tiempo libre, no lo ocupa en nada ya que debe estar siempre dispuesta cuando sus papás necesitan algo. A veces le miente a Oscar para realizar alguna actividad. Ha estado comiendo y fumando mucho.</p>	<p>Compartir más actividades con Oscar mejora su relación. Levantarse de la cama para realizar sus actividades aunque no tenga ánimo de hacerlo. Disminuyó su irritabilidad. No bajar a desayunar con sus papás para convivir más con Oscar, sin tener que mentirles, aunque ellos se enojen. Se apura en sus quehaceres cotidianos para tener tiempo para actividades placenteras para ella. Aunque no salga de casa, “se inventa” alguna actividad. Si no tiene ganas de hacer las cosas, ella sola se “inyecta un plus” para levantarse y hacerlas. Le dice a su mamá que no puede hacer lo que le pide, aunque se enoje. Se da tiempo para ella, convive las personas que quiere. Estableció límites en cuanto a su tiempo y espacio con sus papás. En la fiesta de Oscar, decidió no quedarse adentro de la casa “como ratón”, sino salir y sentarse junto a alguien, a ver qué pasaría. Ya no actúa tan arrebatadamente. Pone en práctica lo que aprendió para salir adelante.</p>

Participante	Actividades Pre-intervención	Actividades Post-intervención
3. Mercedes, 29 años, síntomatología depresiva. Línea base 5	<p>Acompaña a Jorge al dentista sólo para corroborar que es verdad que irá a donde dice.</p> <p>Deja de hacer cosas por vergüenza como faltar a la escuela y al trabajo, o no devolver libros de la biblioteca.</p> <p>Si pelea con Jorge, deja de hacer sus actividades cotidianas como ir a la escuela o trabajo.</p> <p>No se relaciona con sus compañeros de escuela.</p> <p>Miente a su familia y a Jorge cuando le preguntan si terminará la escuela pronto y cómo le va.</p> <p>No tiene ganas de tener relaciones sexuales con Jorge.</p> <p>Suele dejar cualquier actividad que emprende, pues pierde el interés.</p> <p>Dejó de pintar y de leer.</p> <p>Suele quedarse mucho tiempo en cama.</p> <p>Gasta sin medida cuando no se siente bien.</p> <p>Crea planes que no lleva a cabo.</p> <p>No habla con nadie acerca de cómo se siente.</p> <p>Todo el tiempo se siente cansada.</p> <p>Cancela sus actividades al último momento.</p> <p>Trata de obligarse a hacer cosas.</p> <p>No sale con otras personas para evitar el tema de la escuela y la carrera.</p>	<p>Sale sola a caminar, a pesar de que Jorge se enojara.</p> <p>Intenta asistir a la escuela al día siguiente de haber faltado.</p> <p>Se esfuerza por socializar.</p> <p>Pasa más tiempo con su familia.</p> <p>Trata de realizar más actividades y pasar menos tiempo sin hacer nada, por ejemplo, tejer muñecos, atender cosas que había dejado pendientes.</p> <p>Intenta levantarse temprano.</p> <p>Se esfuerza por hacer las cosas que tiene que hacer pero que no quiere.</p> <p>Entró al gimnasio.</p>

Participante	Actividades Pre-intervención	Actividades Post-intervención
4. Gloria, 47 años, depresión crónica. Línea base 6	<p>Acude a un psiquiatra.</p> <p>Realiza sus actividades sin ningún ánimo, “como robot”</p> <p>No le agrada el trabajo que hace.</p> <p>No tiene ánimos de salir.</p> <p>Sale con una persona para “no hundirse y distraerse”.</p> <p>Duerme mucho.</p> <p>Siente mucha flojera y apatía.</p> <p>Ha dejado de convivir con sus amigas.</p> <p>En cuanto sale de su trabajo, quiere irse a su casa de inmediato, no acepta invitaciones a otras actividades como el cine o ir a tomar un café.</p> <p>Se irrita con facilidad.</p> <p>Lee libros de autoayuda.</p> <p>Se siente cansada todos los días.</p> <p>No tiene deseo sexual.</p> <p>Hace cosas por agradar a las personas.</p> <p>Asiste a clases de zumba aunque a media clase siente mucha pereza por seguir.</p> <p>No tiene mucho contacto con sus hijos.</p>	<p>Continúa acudiendo con el Psiquiatra.</p> <p>Busca realizar actividades que le agraden, por ejemplo, ir al centro, arreglarse para ir al trabajo, comprar ropa, comer chocolate sin culpa.</p> <p>Empezó a disfrutar de actividades estando sola.</p> <p>En su trabajo busca actividades que la mantengan ocupada y entretenida.</p> <p>Terminó con David pero lo sigue buscando como amigo.</p> <p>Realiza sus actividades cotidianas, aunque no tenga ganas.</p> <p>Se animó a salir un viernes con sus compañeros de trabajo.</p> <p>Se animó a aceptar las invitaciones que le hacen para salir, por ejemplo, a tomar café con su compañera de zumba, o a comer con su vecino.</p> <p>Siente ánimos de emprender muchas cosas.</p> <p>Aprobó la secundaria abierta con un excelente promedio y le gustaría continuar con la preparatoria abierta.</p> <p>Va a recoger a su hijo menor a la escuela para tener más contacto con él.</p> <p>Cuando siente angustia o tristeza, realiza los ejercicios practicados en terapia.</p> <p>Busca actividades con amigos o familiares los fines de semana.</p> <p>Empezó a hacer planes a mediano plazo.</p>

Participante	Actividades Pre-intervención	Actividades Post-intervención
5. Ana, 54 años, sintomatología depresiva. Línea base 7	<p>Procura hacer ejercicio, pero muchas veces no le dan ganas. Llora con frecuencia. Intenta hablar con esposo acerca de la infidelidad. Suele ponerse “violenta” al no encontrar respuestas por parte de su esposo. No tiene ganas de levantarse de la cama. Realiza sus actividades con enojo y agresión. No tiene ganas de salir. Realiza su trabajo sin disfrutarlo. Ya no le dan ganas de salir con su familia. Buscó un curso de masajes para distraerse. Acudió con su esposo a un taller de pareja. Le da igual si su casa está limpia o no. No pone atención a lo que le platican sus hijos. Los viernes procura no estar en casa. A veces se pone a escribir acerca de cómo se siente. Ya no puede terminar nada de lo que se propone. Percibe lentitud en sus acciones. No encuentra trabajo. Le cuesta mucho trabajo dormir. Tiende a observar con nostalgia a las personas en la calle, parejas, familias.</p>	<p>Retomó el hábito de salir a correr todos los días. Buscó formas menos violentas de hablar con su esposo, decidió escribirle una carta acerca de cómo se siente. Controló sus emociones al intentar hablar con su esposo, mantuvo la calma teniendo en cuenta su objetivo. Buscó actividades placenteras que había olvidado como comer helado, escuchar música en casa mientras hacía los quehaceres. Propone pasar tiempo de calidad con la familia fuera de casa. Disminuyó el llanto. Comenzó a cuidar más su aspecto personal. Se enfocó en dar término a su proyecto, buscó dónde podía realizar sus prácticas. Se acercó más a sus hijos para hablar con ellos y escucharlos. Buscó actividades productivas que la hicieran sentir bien, por ejemplo, buscar trabajo para independizarse. Ríe más al convivir con su familia, lo que ha propiciado un acercamiento por parte de sus hijos. Consiguió un trabajo, aunque no de lo que estaba estudiando.</p>

CAMBIO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS

Los pensamientos negativos son un elemento fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la depresión dada su poderosa influencia en la forma específica de ver las situaciones o experiencias por las que una persona atraviesa. Es por esto que es sumamente importante su modificación para mejorar el estado de ánimo, éste es un objetivo primordial de la intervención para lo cual fueron utilizadas diversas técnicas ya mencionadas anteriormente, buscando que las pacientes desarrollaran una forma más funcional de ver esas situaciones que les hacen daño, ayudándoles a la vez a tomar decisiones diferentes y generar una influencia positiva directa en su estado de ánimo.

En este tenor es importante mencionar que los pensamientos negativos automáticos son diferentes de los esquemas o pensamientos centrales. Los primeros hacen referencia a lo primero que llega a la mente en situaciones específicas y que se traduce en un detonante de un cambio en el estado de ánimo, por ejemplo, ver a la pareja abrazando a otra persona; los segundos tienen que ver con aspectos más profundos en la personalidad de una persona, con su forma de entender y procesar toda la información que llega a su mente, por ejemplo “nadie quiere estar conmigo porque soy mala persona” (Dobson y Dobson, 2009). Modificar los esquemas requiere de un trabajo terapéutico mucho más intenso ya que implica una reconstrucción total de la forma en que esa persona ve la vida.

En la tabla 11 se muestran algunos ejemplos de cambios de los principales pensamientos negativos que provocaban malestar, a otros más funcionales que influyeron directamente en la mejora del estado de ánimo. Cabe mencionar que en el caso de Sara, no se muestran mayores cambios en el pensamiento debido a que con ella fue necesario trabajar en sus esquemas; de igual manera para Mercedes, quien no tuvo el mínimo de sesiones de tratamiento que permitieran generar un cambio. Para efectos de estructura, los principales aspectos sobre los que rondan los pensamientos podrían agruparse de la siguiente manera:

- Referentes a la autopercepción: baja autoestima, culpabilidad, autocrítica, expectativas sin cumplir.

- Referentes a sus redes de apoyo: sensación de soledad, dificultades para socializar, incompreensión por parte de los otros, percepción de rechazo, necesidad de afecto y de ser aceptadas.
- Referentes a su porvenir: incertidumbre ante un futuro percibido como catastrófico, desesperanza.
- Referentes a la toma de decisiones: incapacidad para establecer límites o para tomar decisiones que impliquen cuestiones importantes.
- Referentes a sus parejas: lucha entre sus expectativas y su realidad.
- Referentes a su capacidad para realizar cosas importantes para ellas: sentimientos de inutilidad, de fracaso, frustración.
- Ideación suicida: pensamientos acerca de desaparecer.

Es importante resaltar que el contraste entre los pensamientos expuestos en las secciones *pre-intervención* y *post-intervención* tiene el objetivo de destacar los cambios, sin embargo, los pensamientos mencionados no fueron los únicos presentados por las pacientes; asimismo se especifica que, para que se presentaran los pensamientos funcionales *post-intervención* hubieron otros de carácter intermedio entre una sección y la otra (véase tabla 11).

Tabla 11. Tipos de pensamientos pre y post intervención por paciente

Participante	Pensamientos Pre-intervención	Pensamientos Post-intervención
<p>1. Sara: 28 años, sintomatología distímica. Línea base 3</p>	<p>Me siento triste todo el tiempo, se lo atribuyo a mi familia, me han reprimido mucho, me han infundado muchos miedos, no me dejan vivir mi vida. Hacen que me sienta inferior. Si le pasa algo malo a mi papá, siento que es mi culpa. No le caigo bien a la gente, se hartan de mí. Estoy muy sola, nadie quiere estar conmigo. A nadie le importo. ¿Por qué otras personas tienen una vida sin preocuparse por sus padres, que pueden ser felices o al menos lo intentan? Nada puede funcionar, nada mejora, todo saldrá mal. Estoy harta de todo. No sé qué hacer conmigo. Mis pensamientos están arruinados. Se ha arruinado todo en mí. La gente es mala y mentirosa. Nunca podré ser yo en la vida, nunca escaparé de esta situación. Todas las personas tienen a alguien o hacen cosas estando solas y están bien. Estoy tan acostumbrada a estar triste, que cuando lo empiezo a sentir, hasta se siente bien y eso me da miedo. Soy un punto intermedio, lo de en medio no cuenta, es el segundo lugar que nadie voltea a ver. Una mujer de 28 años debería ser muy feliz con lo que haga porque son los últimos años de hacer lo que uno quiera. Siento que si doy mi brazo a doblar con César, se va a aprovechar de mí. Me comparo con otra gente de mi edad, veo sus logros, me estoy quedando atrás.</p>	<p>Creo que le echo toda la culpa a mi casa. No es mi culpa que mi papá tome o deje de tomar sino decisión de él. No pasa nada si salgo, sólo voy a divertirme y tengo derecho a hacerlo. Al abrir un poco la mente, veo que no todo está tan mal. Al descubrir las cosas positivas en mi vida, me di cuenta de que tengo mucho que agradecer. No está mal que César no quiera pasar tanto tiempo conmigo, sólo es diferente a lo que yo quiero. Creo que tengo la necesidad muy fuerte de hacerme la víctima para que me apapachen. Trato de meterle a mi mente más posibilidades para no enfrascarme en una. Siento que estoy razonando más la situación. Ya me di cuenta de que a todo le encuentro lo malo. Me digo: no, cálmate, son puros inventos tuyos, me peleo con mi mente sobre lo que es cierto y lo que no. Me creo muchas historias, muchas veces ilógicas. Tengo un problema muy fuerte de desconfianza, y que me va a traer muchos problemas más adelante. Me doy cuenta que me cuesta trabajo sacarme las ideas aunque me expliquen las cosas. No sé cómo ponerme en un punto medio, me voy a los extremos. Pienso que he dejado que el alcoholismo de mi papá me afecte más de lo normal.</p>

Participante	Pensamientos Pre-intervención	Pensamientos Post-intervención
2. Inés: 33 años, sintomatología depresiva. Línea base 4	<p>Toda mi vida está llena de problemas y tristezas, sólo importa quedar bien con los demás, lo que yo siento a nadie le importa.</p> <p>Si no me puedo embarazar, no tiene ningún caso tener relaciones sexuales, si las tengo es para que me deje de estar molestando.</p> <p>Nada ha valido la pena, no tiene caso seguir adelante.</p> <p>Me molesta tener que hacer como si nada pasara con mis papás y hacer sus cosas, aunque no quiera.</p> <p>Me enoja que dispongan de mi tiempo.</p> <p>Pienso que vale la pena el sacrificio porque sea como sea han sido buenos padres conmigo.</p> <p>Tengo miedo a quedarme sola, ¿qué van a decir las personas y mi familia?</p> <p>Cuando Oscar se va, me da miedo, ¡tanto que he luchado y he vivido tantas cosas junto a él!</p> <p>Gran parte de este sufrimiento es mi culpa, yo lo he fomentado.</p> <p>Estoy enojada hasta con Dios ¿por qué no me manda un bebé?</p> <p>Quisiera tener una varita mágica y decirle a Oscar: ya te compusiste, eres un buen hombre. ¿Cómo es posible que él no trate de ser mejor persona, que no valore lo que yo hago?</p> <p>Si estoy de pie es porque no puedo abandonar a mi mamá, está cansada y enferma.</p> <p>A veces quisiera morirme, desaparecer, hacer cosas.</p> <p>¿De veras sí me veo tan mal? ¿Sí me visto mal?</p> <p>Me gustaría que dejara de mentirme. Él nunca me va a querer.</p> <p>Me siento sola, tal vez no lo estoy pero así me siento.</p> <p>No hay nada que haga que me sienta feliz.</p> <p>Soy una fracasada, casi todo lo que trato de hacer nunca lo termino.</p>	<p>Siento que estoy más relajada, creo que se debe a mi cambio de hábitos. Antes de ir a la cama, pienso en cómo puedo mejorar mi vida.</p> <p>Siento feo no bajar con mi mamá, siento culpa, pero a la vez me siento bien, creo que es bueno para mí y para ella.</p> <p>Oscar y yo tenemos que convivir a nuestra forma los dos solos, aunque mis papás se molesten.</p> <p>Es mejor trabajar junto con Oscar en nuestros problemas.</p> <p>Tengo que pensar en mí como individuo, no darles gusto a los demás.</p> <p>Si dejo a Oscar, tengo miedo a enfrentar un fracaso, pero a la vez digo: “no es un fracaso, fracaso sería seguir viviendo así”.</p> <p>Me siento triste, pero creo que debo pensar en más posibilidades y no aferrarme, lo tengo que afrontar, al final voy a seguir viviendo, no puedo decir que me voy a morir por no tener un bebé. No soy la única mujer sin hijos.</p> <p>Si la inseminación no funciona, no pierdo la esperanza, no tengo otra alternativa, ¿para qué lloro?</p> <p>No puedo obligar a Oscar a que haga algo que no quiere hacer. Como que tengo que cambiar yo también mis actitudes, ya no preocuparme porque él quiera hacer algo.</p> <p>No tengo ganas de nada, pero tampoco me quedaré tirada en la cama, por lo menos recogeré un poco.</p> <p>Ahora veo que hay otras opciones antes de tomar la primera.</p> <p>No es que siempre viva resignada, pero sí puedo cambiar mis pensamientos en la medida de lo posible.</p> <p>No sólo mi medio es la casa y el trabajo, hay más cosas.</p> <p>Me siento más fuerte que antes.</p> <p>Entiendo que estando o no estando Oscar, yo tengo que encontrar mi felicidad, hay más cosas además de él.</p>

Participante	Pensamientos Pre-intervención	Pensamientos Post-intervención
<p>3. Mercedes, 29 años, sintomatología depresiva. Línea base 5</p>	<p>Me cuesta creer que Jorge hace lo que dice que va a hacer. Jorge no me lleva a comer con sus amigos porque no quiere que me vean con él, ya no quiere estar conmigo, por eso se aleja de mí y no lucha por la relación. Me siento culpable con todas las personas a mí alrededor. Me pesa mucho tener que asistir a un psicólogo para poder resolver mis problemas. No me gusta que me vean como enferma. A mi edad una mujer debería ser independiente económicamente y con un futuro definido, no estar viendo qué hacer con su vida como yo, tener una vida social normal, salir con amigos, no tener una relación con alguien tan dramático. Cuando llego a casa de mis papás y mis hermanas no están, pienso que no quieren estar conmigo o no les importa. Estoy enojada todo el tiempo, soy como una bomba a punto de explotar. En vez de ir para adelante, voy para atrás. Soy un fracaso. Me siento como un fraude. Le tengo mucho miedo al cambio, quiero ser independiente pero me da miedo que Jorge se desprenda de mí. Siento como si se me acabara el tiempo, tengo 29 y no he hecho nada de mi vida, yo misma esperaba otras cosas de mí. No es algo externo, siempre hay algo en mí que me frena. No tengo nada estable en mi vida. Me rindo muy fácil. No logro mantener un equilibrio. Una cosa se descontrola y todo se me mueve. Soy una floja, no quiero hacer nada. Me siento como una anciana, quisiera tener el ímpetu que tiene Jorge. No me motiva nada. Estoy perdida, como una bala perdida. Sostener una charla es duro para mí. Me gustaría no sentirme fuera de lugar cada vez que estoy con gente nueva. Siento vergüenza, como si la gente supiera que soy un fraude. No estar haciendo nada me hace sentir inútil. Faltar a algo importante me da mucha vergüenza, es darme cuenta de que fallé y eso me destruye.</p>	<p>Deseo con toda mi fuerza acabar con los celos que siento. Pienso que Jorge y yo nos podemos llevar muy bien cuando no me siento obligada a nada. Necesito paz en mi vida, dejar de pensar que todo tiene fecha de caducidad y dejar de preocuparme. Quiero rescatar la credibilidad en mí misma. Deseo poder disciplinarme y concentrarme en hacia dónde quiero ir. Aún tengo conflicto en saber lo que quiero hacer de mi vida pero trato de ya no pensarlo, mejor hago lo que sé. Me siento tranquila cuando siento que estoy haciendo cosas que me benefician. Quiero cambiar de actitud y sacar bien mis materias. No le veo caso a retomar mis amistades, quiero dejarme fluir, si se puede que conozca nueva gente, está bien. Aún tengo esa pesadez de llegar a la escuela y ver a mis compañeros chavitos pero le pongo ánimo. Ya no me siento tan frustrada.</p>

Participante	Pensamientos Pre-intervención	Pensamientos Post-intervención
4. Gloria, 47 años, depresión crónica. Línea base 6	<p>Hay momentos en los que quisiera desaparecer, son muchos los impulsos, pero me preocupa que mi hijo sufra.</p> <p>Traigo cargando mucha culpa, tristeza, vivo en el pasado.</p> <p>Mi angustia la genero yo con mis pensamientos, no es real, es algo que yo he estado fabricando. Mi peor enemiga soy yo, como que quiero estar mal, boicoteándome.</p> <p>Me siento como si no sirviera para nada. Soy una mujer con muchos fracasos.</p> <p>Mi trabajo es mi vida, no porque me guste, sino porque no tengo otra alternativa.</p> <p>Es válido agarrarme de alguien para no hundirme. Tengo miedo a estar sola.</p> <p>Lo que había querido toda mi vida era un hogar.</p> <p>Me siento avejentada, muy grande, no me puedo dar el lujo de andar escogiendo pareja.</p> <p>Más vale estar con una persona, porque no quiero vivir mi vejez sola. Yo siempre me imaginé con una pareja.</p> <p>Como que sí es importante ampliar mi círculo social pero me estoy limitando por la edad.</p> <p>Me siento triste, con un dolor interno, me duele el alma.</p> <p>Tengo pensamientos absurdos, como que voy a chocar y a morir, “¡qué padre!” Pero ya no debo pensar así.</p> <p>La depresión también es mucha agresión.</p> <p>Pienso que David está aburrido de mí y que aburro a mi hijo.</p> <p>Soy una carga para David y me siento mala madre con Diego.</p> <p>Temo que llegue el fin de semana y no tenga nada que hacer.</p> <p>Pienso que incomodo a las personas.</p> <p>Me siento culpable cuando no tengo ganas de hacer nada.</p> <p>Soy muy poca cosa, soy aburrida, soy muy débil.</p> <p>¿Por qué mi amiga puede tenerlo todo y yo no?</p>	<p>Ya no tengo ganas de morirme ni por Luis ni por Diego.</p> <p>Me doy cuenta que tengo la capacidad de resolver las cosas aunque a veces no confío en mí.</p> <p>Me siento orgullosa de mí misma por haber sacado la secundaria con muy buena calificación, ahora pienso en seguir con la prepa. Tengo la posibilidad de hacer las cosas.</p> <p>Me siento a gusto porque me di cuenta que soy importante para mis compañeros de trabajo.</p> <p>De repente me vienen pensamientos de que debería de rogarle a David para que vuelva, pero es absurdo, ¿para qué quiero a una persona así?</p> <p>Anhelo tener otra persona pero no creo que sea el momento.</p> <p>Creo que tengo que salir adelante y no tengo que sentirme mal. Valgo mucho y tengo que echarle ganas.</p> <p>No puedo superar el saber que no voy a tener a mis hijos conmigo como yo quería, pero no todas las familias son iguales, mis hijos no me pertenecen.</p> <p>Me siento contenta, el fin de semana yo decido lo que quiero hacer.</p> <p>Me di cuenta de que en cualquier lugar me puedo sentir bien.</p> <p>Quiero tomar las cosas con madurez y no dejarme caer.</p> <p>Me ha costado trabajo encontrar pensamientos alternativos, pero lo intento cada vez. He estado trabajando mucho mentalmente para no caer en lo negativo que siempre caigo.</p> <p>A veces no tengo ganas de hacer nada, pero yo solita me cambio el chip.</p> <p>Un día no tenía ganas de bañarme pero pensé: lo voy a hacer porque si no lo hago es seguir en el hoyo, sería demostrar que estoy para abajo, no para arriba.</p> <p>Yo puedo, también merezco apapacharme y quererme, como mi amiga.</p>

Participante	Pensamientos Pre-intervención	Pensamientos Post-intervención
<p>5. Ana, 54 años, sintomatología depresiva. Línea base 7</p>	<p>No sé de dónde agarrarme para salir adelante. Debo de empezar a tomar mis decisiones pero no me atrevo. Me siento negativa. Soy una bomba de tiempo, puedo explotar en cualquier momento. Estoy enojada conmigo misma por no saber para dónde ir. No tengo muchas ganas de salir adelante, trato de hacerlo pero no puedo, no sé si pueda hacerlo sola. Estaba a gusto con mi edad, ahora me veo vieja. Siento que le doy asco a Blas. Si por lo menos él quisiera hablarlo, yo también tomaría una decisión. Necesito llegar a acuerdos. Me siento culpable por haberme abandonado como mujer, no me fui preparando como él hubiera querido, engordé. Yo no tenía una autoestima muy alta, pero con su apoyo me sentía bien. Siento presión de qué me va a deparar más adelante la vida sin lastimar a mis hijos. Quiero estar firme en la decisión que tome y en mis sentimientos. Me cuesta mucho concentrarme y dejar de pensar que hace dos años encontré esas cartas. ¿Cómo puedo olvidar que me han dejado de amar, que conmigo no ha sido honesto? No entiendo por qué no puedo aceptar que ya no formo parte de Blas. ¿Por qué no puedo seguir como era antes? Sintiéndome bien con todo. No puedo ser un obstáculo para mis hijos y dejarme deprimir, tengo que hacer algo para salir adelante sola o acompañada. ¿En dónde fallé con mi pareja y con mi familia?</p>	<p>He decidido terminar la relación, ya no es muy necesario resolver mis dudas. Siempre hay una forma de ver las cosas más positivamente. Sé que estoy trabajando para que yo sola pueda ser independiente y alcanzar logros que me hagan sentir bien. Lo que pasó nos está abriendo a mí a mi familia otros caminos, no debemos depender de otros sino de nosotros mismos. Yo no me siento que esté vieja, simplemente es la edad que tengo. No estoy joven pero me siento fuerte y sé que puedo lograr las cosas. Estoy aprendiendo a comprender que si él no quiere hablar, debo aceptarlo y buscar alternativas para estar bien. Si ya sé cómo son las cosas, ¿para qué me pongo así? Una relación es de dos, entonces los dos fallamos. Sí me sigue doliendo, pero ya no estoy obsesionada con “en qué fallé” porque yo sola lo puedo descubrir. Ya quiero hacer cosas para mí, tengo que continuar, aprender a estar sola, es difícil pero no imposible. El engaño de mi pareja me permitió hacer cosas que nunca me hubiera imaginado que podía hacer, por ejemplo, estudiar. Me hace sentir perseverancia para lograr terminar lo que empiezo. No debo seguir fingiendo que somos una pareja, sólo yo soy la que me engaño. A pesar de todo, es algo que nos unió más a mis hijos y a mí. No es sólo lo económico sino que me vean independiente, eso fue encontrarme a mí misma. Cada uno tiene sus actividades, yo también tengo las mías. A veces caigo un poquito, pero tengo que levantarme.</p>

SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Respecto a la significancia clínica, se encontró que el promedio de evaluación de las pacientes fue de 9.3/10 y el de la terapeuta fue de 8.6/10, esto tomando en cuenta únicamente las tres participantes que concluyeron la intervención y seguimientos y excluyendo a Sara, quien continuó un tratamiento prolongado, y a Mercedes, quien no concluyó el plan de tratamiento. La percepción de las tres pacientes fue de un cambio importante en sus vidas gracias a la terapia, no importando si esta fue de tipo breve o estándar. Los promedios entre pacientes y terapeuta son similares en el caso de las pacientes Inés y Ana, difiriendo con Gloria, ya que, aunque se notó un cambio importante, los resultados finales se evalúan como medianos. Ninguna paciente reportó que la terapia le hiciera algún daño, no obstante, Sara no percibió avances hasta el punto de corte reportado en el presente trabajo.

Referente a los síntomas depresivos evaluados por el BDI, las tres pacientes tomadas en cuenta disminuyeron sus puntajes por debajo del punto de corte (≥ 10) durante la intervención y parte del seguimiento, sin embargo, en un punto de este último, los puntajes de las tres volvieron a dispararse debido a eventos críticos en su vida (véase tabla 12).

Tabla 12. Significancia clínica de las participantes.

Participantes	Criterios			
	<i>Satisfacción del paciente</i>	<i>Satisfacción del terapeuta</i>	<i>Puntajes BDI debajo del punto de corte</i>	<i>Comentarios de la paciente</i>
1. Sara: 28 años, sintomatología distímica. Línea base 3	Intervención inconclusa	Resultados insuficientes	NO	No siento que haya avanzado
2. Inés: 33 años, sintomatología depresiva. Línea base 4	9/10	9/10	SI	La terapia me ayudó a darme cuenta que las cosas se pueden ver de muchas formas.
3. Mercedes: 29 años, sintomatología depresiva. Línea base 5	Intervención inconclusa	Resultados insuficientes	NO	Sin comentarios
4. Gloria: 47 años, depresión crónica. Línea base 6	10/10	8/10	SI	La terapia me transformó por completo, estoy muy agradecida.
5. Ana: 54 años, sintomatología depresiva. Línea base 7	9/10	9/10	SI	La terapia me ayudó a darme cuenta de cosas que no había visto antes, de cosas que no sabía que podía hacer.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Los resultados cualitativos son tan importantes como los cuantitativos, ya que, como lo menciona Dabbs (1982, en Ito y Vargas, 2005), la noción de *cualidad* es consustancial a la naturaleza de las cosas, en cambio, la cantidad es primordial a un monto o cantidad de algo, y, dado que el objeto de estudio de la Psicología, es decir, la conducta, no puede tener naturalezas más diversas, se considera indispensable exponer esas naturalezas que también forman parte de los resultados de esta investigación.

Dentro de los componentes que se revisaron en cada caso, el componente que fue reportado como “de mayor ayuda” para las pacientes, fue el cognitivo, sin embargo, también fue el más complicado de entender, principalmente por quienes tenían un nivel educativo bajo, como en el caso de Gloria e Inés con secundaria y preparatoria truncas respectivamente, y también para quienes tenían un nivel educativo más alto pero inconcluso y sin ejercer, como en el caso de Ana; misma razón por la que este componente fue el que representó para las pacientes mayor dificultad al momento de realizar las tareas para casa, esto debido a una complicación en el entendimiento por lo que fue necesario hacer énfasis en este componente mediante diversas explicaciones, ejemplos y ejercicios los cuales tomaron más sesiones de las que se tenían consideradas inicialmente, realizando, en ocasiones, el ejercicio en la sesión o tomando la decisión de no avanzar a otro concepto del mismo componente hasta que el anterior quedara claro. En el caso de Sara el entendimiento del concepto fue rápido y las tareas realizadas con éxito y claridad, sin embargo, ella no atribuía los pensamientos alternativos como propios, sino como una forma “ideal” en que ella pudiera ver las cosas, siempre con la conclusión de que, en el fondo, podían más sus pensamientos negativos y todas las “historias que se creaba en su cabeza”. En el caso de Mercedes, la última vez que acudió a sesión relató haber tenido un fuerte conflicto, situación que se retomó para intentar iniciar con la técnica de reestructuración cognitiva, sin embargo, la paciente expresó de manera explícita no tener disposición ni ánimo para revisarla.

No obstante, las dificultades, este componente dio a las pacientes otra visión de las situaciones que les generaban malestar, lo que las llevó a tomar otras decisiones, creando una cadena que poco a poco formó un pilar para la mejora de su estado de ánimo. En el caso de Sara, quien dijo no percibir avance, mostró satisfacción luego de realizar la tarea asignada de hacer un listado diario de las cosas por las que podía estar agradecida, pues comentó: “un amigo al que

siempre le cuento mis cosas me preguntó cómo estaba ¡y se me hizo raro al pensarlo y contestarle que las cosas habían ido bien! Me dijo que le daba mucho gusto”. Ana, por otro lado, veía su vida completamente destruida por la infidelidad de su esposo, luego de trabajar con reestructuración cognitiva, expresaba: “Si él no me hubiera hecho esto, yo no me hubiera dado cuenta que podía hacer cosas por mí, para salir adelante, estaba acostumbrada a que él siempre me resolviera todo”. Inés, por su parte, cuyo malestar anímico estaba relacionado, entre otras cosas, en querer hacer de su esposo “un hombre de bien”, comentaba: “ya no voy a andar atrás de él para que haga las cosas, si quiere hacer las cosas, que las haga, yo voy a hacer mis cosas con o sin él”.

Respecto al componente conductual, fue el más sencillo de llevar a cabo en cuanto a las tareas asignadas, de igual manera, causó una satisfacción importante en las pacientes ya que realizaban las actividades propuestas “porque era parte de la terapia sin sentir culpa”, por ejemplo, al comer un chocolate o un helado, volviéndose parte de su propio compromiso el permitirse a sí mismas disfrutar de las cosas que realizaban o idear algo que pudieran disfrutar o que les permitiera sentir que estaban logrando algo importante; Gloria, por ejemplo, retomó el combinar su ropa y zapatos todos los días, también procedió a dar cada uno de los pasos que la llevaron a terminar su secundaria y a pensar entonces en hacer la prepa abierta, lo cual le dio una gran alegría y confianza en sí misma; Ana, por otra parte, encontró trabajo luego de años de no trabajar, lo que le significó el inicio de la independencia económica que deseaba; Inés, por su cuenta, organizó su tiempo de manera tal, que tuviera espacio para realizar cualquier cosa que tuviera ganas de hacer y ya no permitir que sus padres dispusieran de su tiempo como lo habían estado haciendo, así buscó compartir con sus amigos, desayunar a solas con su esposo o simplemente ir al mercado sin su mamá, lo que la liberó de esa sensación de abuso por parte de sus padres. Es importante mencionar que no todas las actividades planeadas se llevaron a cabo en el tiempo establecido, por ejemplo, Inés no se dio a la tarea de buscar un libro para disfrutar, Ana no siguió con el procedimiento para encontrar un lugar para realizar sus prácticas, Gloria no buscó actividades todos los fines de semana para no quedarse en cama; sin embargo, se reconoció el esfuerzo por las actividades que sí se realizaron y éstas otras quedaron para ellas como planes a corto plazo que les permitiría continuar con las mejoras aún después de haber revisado el módulo. En el caso de Sara, sus actividades tenían más que ver con planes que había pospuesto, por ejemplo, realizar encargos de su abuelita, las cuales sí llevó a cabo; realizó otras por placer, por ejemplo, un tratamiento para su cabello; al llevar a cabo estas actividades expresó una efímera

satisfacción; hubo otras que no llevó a cabo ni se convirtieron en planes para el futuro, por ejemplo, salir a andar en bicicleta. Mercedes no cumplió la mayor parte de las actividades planeadas; en su caso, la activación comportamental fue el primer y único componente revisado, sin embargo, dado el incumplimiento, no se percibió mayor cambio.

Es importante mencionar que, dentro del componente comportamental se brindó la técnica de solución de problemas para afrontar los obstáculos que el desarrollo de alguna actividad representara, de manera que tal obstáculo no detuviera este desarrollo; la revisión de esta técnica dependió de las necesidades de cada paciente.

Referente al componente de habilidades sociales, ninguna de las participantes expresó mayor diferencia. Por otra parte, en todos los casos, excepto en el de Mercedes, se revisaron técnicas de relajación, dado que entre los componentes de la problemática de cada paciente, estaba presente alguno que les generaba angustia y ansiedad por diversos motivos, por ejemplo, el alcoholismo del padre de Sara, las crisis nocturnas provocadas por el resentimiento de Inés, los temores nocturnos cuando Gloria despertaba a mitad de la noche, y la desesperación que provocaba en Ana el silencio de su marido ante sus cuestionamientos por su infidelidad. Se brindaron diferentes técnicas de relajación para encontrar la que mejor funcionara a cada paciente; a todas costó mayor trabajo la respiración diafragmática, sin embargo, algunas la prefirieron luego de dominarla, y otras eligieron la relajación autógena o la relajación muscular progresiva. No fue tan frecuente que estas técnicas se llevaran a cabo de manera habitual cada vez que las pacientes se sintieron invadidas por la angustia y/o ansiedad.

Con todo lo anterior, cabe recordar que los componentes fueron acomodados en la intervención según las necesidades de cada paciente, así como de su problemática, esto se determinó en el análisis funcional, es así que en algunos casos se inició con Restructuración Cognitiva y en otros con Activación Comportamental; y no a todas, por ejemplo, se les brindó la técnica de solución de problemas. En el desarrollo de todas estas técnicas, un factor importante fue el reforzamiento positivo a las pacientes por parte de la terapeuta, algo que fue reconocido por las mismas pacientes, ya que no siempre llevaban las tareas por diversos motivos, no les entendían o se les olvidaban, o podían llegar a la sesión expresando lo mal que les había ido en la semana por algún suceso que les hubiera hecho recaer, sin embargo, siempre se rescataba el esfuerzo puesto en el intento así como los avances alcanzados resaltando las fortalezas mostradas

frente a esta situación problemática que las hubiera hecho recaer, frente a esto, una de las pacientes comentó: “aunque yo venía y pensaba que me había ido muy mal en la semana, usted me hacía notar que en realidad me estaba fortaleciendo”. En algunos casos, el incumplimiento provocaba en las pacientes un sentimiento de ansiedad, el cual era manejado resolviendo la tarea en sesión y reforzando el esfuerzo y los avances. En el caso específico de Gloria, las últimas sesiones no realizaba las tareas, argumentando olvido o falta de entendimiento; en el caso de Sara, siempre las realizó con facilidad y cumplimiento, sin embargo, no internalizaba los ejercicios realizados: “como si resolviera un problema de matemáticas” comentaba; asimismo, era común en su relato que había puesto en práctica lo revisado en sesión “muy poquito”. Respecto al contrato conductual que se firmó antes de iniciar el tratamiento, ninguna de las pacientes lo respetó, así fuera para el premio o castigo impuestos por ellas mismas.

Entre los resultados más notorios en las pacientes Inés, Gloria y Ana, destacó el que iniciaron el tratamiento con una expresión triste y sombría, presentando llanto frecuente; al final, sus expresiones eran alegres y animadas, mostrando así la diferencia en sus estados de ánimo antes y después de la intervención. En el caso de Sara, hasta el momento del desarrollo de este escrito, su avance ha sido lento pero positivo, pues ha ido esforzándose para sentir como propias y plausibles las alternativas que ella misma desarrolla, cuando relata que hubo momentos en los que sintió muchos celos, comenta: “en ese momento me empecé a crear muchas cosas en la cabeza, pero intenté calmarme y buscar evidencia, así como usted me dice”. Se continuará trabajando con ella según lo recomendado por Dobson y Dobson (2009), Wenzel (2012) y Malogiannis et al. (2014).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto de la TCC breve en pacientes mexicanos con sintomatología depresiva, el estudio contó con un total de cinco participantes. De acuerdo con la información obtenida se puede decir que la TCC breve, tuvo efectos significativos en las pacientes que presentaron niveles de depresión moderados, tomando en cuenta que la terapia brindada como parte de esta investigación fue flexible a las necesidades y demandas de cada paciente, por ejemplo, dificultad en el entendimiento de algún concepto que representara considerar más sesiones revisándolo, o la petición explícita por parte de las pacientes de continuar trabajando debido a la percepción de no sentirse listas para hacer uso de las habilidades revisadas sin el apoyo terapéutico y finalizar el tratamiento a pesar de haber revisado ya todos los componentes de su proceso; no obstante, es evidente que, de realizarse un corte en la sesión número ocho en todos los casos excepto en el de Sara, los niveles de depresión ya habían disminuido considerablemente en comparación con sus grados iniciales, de moderados o graves a mínimos o leves. La propuesta de realizar un corte en la sesión ocho se expone debido a que la modalidad breve de la TCC considera, en este trabajo, un máximo de ocho sesiones de intervención; asimismo, se justifica con el argumento de que, para este momento en cada intervención, tres de las cuatro pacientes que terminaron el tratamiento muestran mejoras significativas.

Respecto a los resultados específicos, tomando en cuenta la duración de cada intervención sin el corte propuesto, se observa que, de las cinco participantes, dos cuyas sintomatologías se evaluaron como moderadas, mostraron importantes mejoras con intervenciones de 8 y 9 sesiones; no así para una paciente que contaba ya con el diagnóstico de depresión crónica, la cual requirió del modelo estándar, ni para otra más quien presentó esquemas negativos arraigados, con quien se continuó la intervención en un modelo prolongado de TCC; la quinta paciente abandonó la intervención. Estos datos implican una reducción mayoritaria en los puntajes de depresión posterior a la intervención que se brindó. Los resultados coinciden con los hallazgos de las revisiones sistemáticas examinadas en el marco teórico de esta investigación (Nieuwsma et al., 2012; Nieuwsma et al., 2011; Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace y Underwood, 2010) en las que se concluye que la TCC breve tiene efectos significativos en pacientes con sintomatología depresiva. En la revisión que llevaron a cabo Nieuwsma et al. en 2012 se agrega a los hallazgos

que estos efectos positivos de la TCC breve sólo se observan en niveles moderados de depresión, ya que para los pacientes con niveles graves, la TCC Estándar mostró un mejor efecto; los resultados de este trabajo coinciden con este último estatuto.

Expuesto lo anterior, es importante recordar el objetivo de esta investigación: evaluar el efecto de la TCC breve en pacientes mexicanos con sintomatología depresiva, esto debido a que se había destacado el hecho de que los estudios anteriormente señalados se llevaron a cabo en poblaciones con características sociales y culturales específicas, muy diferentes a las de la población mexicana, poniendo en la mira a la validez externa, la cual determina si los resultados pueden ser razonablemente aplicados a un grupo definido de pacientes en un entorno clínico determinado en la práctica habitual (Hernández, Fernández y Baptista, 2010), con la advertencia de que no es poco común que los reportes de los determinantes de la validez externa de las publicaciones de ensayos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y guías clínicas, suelen ser insuficientes (Rothwell, 2005). Concerniente a esto, la parte más importante de esta investigación fue averiguar si estos efectos positivos podían replicarse en población mexicana tomando en cuenta las diferencias culturales poblacionales y sociales como son el sistema de salud, el país, la selección de los centros participantes y de los clínicos, así como características de los pacientes. Dentro de estas últimas, resalta el nivel educativo, pues, como se había comentado anteriormente, el componente *Reestructuración Cognitiva* requiere de la comprensión de conceptos que implican hacer uso de la capacidad de abstracción, la cual, a su vez, es un concepto complejo asociado al nivel educativo. Ante esto, sobresale el hecho de que, las participantes que integraron el presente estudio presentaron una notoria variabilidad en cuanto a su nivel educativo, no obstante, los resultados y variabilidad temporal de la intervención se relacionaron directamente con la gravedad de su sintomatología depresiva, no con su grado de estudios. Se hace énfasis en el hecho de que fue justamente el componente de *Reestructuración Cognitiva* el que implicó mayor esfuerzo en cuanto a comprensión, por lo que, a su vez, fue el que llevó más sesiones en trabajarse.

Otra de las coincidencias entre este estudio y los revisados en el marco teórico, es lo referente a que todas las participantes fueron mujeres; si se toma en cuenta que dentro de los criterios de exclusión no se encontraba el género, llama la atención que únicamente por azar, se trabajó solamente con mujeres, lo cual pone en el foco el hecho de que, por lo menos como

resultado del procedimiento de la presente investigación, por el sólo hecho de ser mujer, se tiene mayor probabilidad que los hombres de desarrollar algún tipo de sintomatología depresiva que interfiera con la funcionalidad cotidiana, esto en concordancia con las estadísticas mencionadas en el marco teórico en donde se expone que la prevalencia de mujeres con depresión en México es de 5.8% en comparación con el de los hombres que es de 2.5% (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano, 2005). Lo anterior pone de manifiesto la vulnerabilidad emocional de las mujeres, la cual, en un país donde la salud mental es poco atendida o ignorada por sus mandatarios, y, si se toma en cuenta lo referido anteriormente como implicaciones de una carencia de bienestar emocional en las mujeres, da preocupación suficiente que, sin embargo, ya no concierne al objetivo de este trabajo, pero que bien podría desarrollarse ampliamente en otros trabajos.

Es importante mencionar el hecho de que todas las participantes presentaron algún síntoma ansioso que estuvo relacionado con su estado de ánimo deprimido, lo cual tuvo que ser tomado en cuenta también para el diseño del tratamiento de cada paciente, de manera que se tuvo que incluir, en todos los casos, el componente de relajación. Ya previamente se habló de los postulados que se han hecho acerca que existe una estrecha relación entre la sintomatología depresiva y la ansiosa (Bittner et al., 2004; NIMH, 2014), incluso, el NIMH refiere a la ansiedad como un síntoma de la depresión; asimismo, diversas investigaciones se enfocan en pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva en conjunto (véase por ejemplo: Egan, Laidlaw y Starkstein, 2015; Vallury, Jones y Oosterbroek, 2015; Landa-Ramírez, Pérez-Sánchez, Sánchez-Román y Covarrubias, 2014; García et al., 2012). Revisado esto, no sorprende el hecho de que las pacientes, quienes definían su estado de ánimo como “triste todo el tiempo” o “la mayor parte del tiempo”, refirieran entre sus síntomas el sentirse ansiosas, y que este síntoma tuviera que ser tratado en la intervención, pues se ha visto que es bastante común que ansiedad y depresión vayan de la mano y que rara vez se presenta una sin la otra; en el caso de los resultados obtenidos en el presente estudio, se apoya a la evidencia de su presencia conjunta, resaltando el hecho de que la TCC breve también ha demostrado efectos fuertes en el tratamiento de la sintomatología ansiosa (Cape, Whittington, Buszewics, Wallace y Underwood, 2010; King et al., 2000)

Al desglosar los resultados por paciente, llaman la atención diversos aspectos. El primero de ellos, como ya se mencionó con anterioridad, es que el nivel educativo de las participantes de

este estudio no influyó en su mejora, a diferencia de la gravedad de su sintomatología la cual fue, según los resultados obtenidos, un factor determinante. Se procede a discutir este último supuesto en un caso en específico: Inés, quien mostró niveles graves de depresión en la línea base y sin embargo, mostró un efecto medio en la modalidad breve de la terapia según el NAP manual y un valor de 0.89 en el NAP por calculadora con una $p = 0.02$; sus resultados positivos son notorios de acuerdo con el análisis visual, asimismo, se pueden observar sus cambios continuos en los cuadros comparativos de conductas y pensamientos antes y después de la intervención; la relevancia de este caso radica en que dos de las otras pacientes cuyos niveles de sintomatología se ubicaban en moderado y en severo, requirieron de intervenciones más largas, Inés, por su parte tuvo una mejora significativa con ocho sesiones de intervención. La atribución se presume hacia dos aspectos: 1) el tipo de depresión, ya que la paciente referida con igual nivel de gravedad contaba ya con el diagnóstico psiquiátrico de *depresión crónica*, por otro lado, la paciente que se alude con una gravedad moderada presentaba sintomatología distímica, a diferencia de Inés, cuyo tipo de sintomatología podía clasificarse como un cuadro depresivo mayor; y 2) el tipo de pensamientos negativos, ya que la paciente con una sintomatología distímica presentaba esquemas negativos arraigados, lo cual, como ya se ha mencionado, requiere de un trabajo terapéutico más extenso; vale la pena recordar que en la distimia los síntomas depresivos son de menor intensidad, pero de una duración tan prolongada que la persona ya no distingue su vida normal de la sintomatología que genera el malestar. Dicho esto, se argumenta que, a pesar de los niveles evaluados como graves en los síntomas de Inés, no presentaba depresión crónica, pero sobre todo, no tenía esquemas negativos tan arraigados, por lo que la intervención breve fue para ella suficiente y satisfactoria para mejorar su estado de ánimo significativamente.

Gloria, por su parte, tenía por lo menos un par de años en trabajo terapéutico en otra corriente Psicológica diferente de TCC o de Terapia Interpersonal al momento de la intervención, además de tener siete años en tratamiento psiquiátrico con el diagnóstico establecido de depresión crónica; si bien este antecedente no significó un sesgo en el plan de tratamiento, ya que el análisis funcional se realizó con igual durabilidad e indagación que con el resto de las pacientes, es importante resaltarlo como una característica impuesta y auto-atribuida de la paciente ya que, al paso de los años, veía la depresión como parte de ella. La evaluación de esta participante en la línea base mostró niveles graves de sintomatología depresiva. A pesar de que su mejora fue casi inmediata de acuerdo con el análisis visual, en las sesiones no se veía reflejado este avance tan

marcado de manera tan rápida, esto podría deberse a que la paciente respondía el cuestionario considerando cómo ella creía que debía sentirse, se presume esto debido a que, al revisar sus registros de pensamientos diarios, en una de las narraciones exponía que estaba contestando la escala de acuerdo con cómo le gustaría sentirse y no con cómo se sentía en realidad, asimismo, su narración en las primeras sesiones solía tratarse de lo que ella definía como continuos fracasos y síntomas de malestar, lo cual era incongruente con lo plasmado en sus evaluaciones. Esto genera un conflicto en la investigación, ya que podría decirse que la paciente estaba respondiendo en cierta medida a la deseabilidad social hacia la terapeuta y hacia ella misma y, dado que ésta no puede más que percibirse y no medirse, fue un factor que afectó los resultados, lo cual representa una limitante del presente estudio. Dicho lo anterior, es necesario establecer una forma para determinar cómo fue realmente el avance de esta paciente, por lo que se resolvió examinar las notas de cada una de las sesiones a manera de presentar sus resultados reales de forma cualitativa, es así que es posible decretar que desde la primera sesión se notó una mejora en la paciente, pues se mostró entusiasmada con la propuesta de trabajo así como con la introducción de la terapia, sin embargo, es a partir de la sesión tres cuando se empiezan a notar cambios importantes, luego de haber realizado la primera lista de actividades pactadas en la técnica de Activación Comportamental, las cuales incluían, por ejemplo, combinar todos los días ropa y zapatos coloridos, lo cual, expresado por la misma paciente, solía ser algo que disfrutaba mucho anteriormente y que abandonó, en sus propias palabras, dijo sentir “entusiasmo” por esta actividad. Asimismo, es en esta sesión donde relata haber iniciado con los trámites para terminar la secundaria abierta, esto la animó tanto que quiso salir a convivir con sus compañeros de trabajo, actividad que refirió haber disfrutado mucho. No obstante, el relato también incluyó experiencias negativas que tenían qué ver con sus pensamientos y percepciones, por ejemplo, ver en Facebook que una antigua amiga tenía lo que a ella le pareció “la vida perfecta” ya que la red social mostraba que su amiga tenía todo lo que a la paciente parecía hacerle falta: dinero, una familia unida, éxito laboral, una pareja; comentaba: “ella es una triunfadora, tiene mucho dinero, me sentí totalmente fracasada”, situación que la dejó seriamente afectada. Por otra parte, es en la sesión 7 donde la mejora es más marcada, pues el relato es predominantemente entusiasta y positivo ya que la paciente platica acerca de haber pasado su examen de secundaria con excelentes calificaciones y de pensar, por primera vez en hacer la preparatoria por lo que refiere “sentirse orgullosa de sí misma”, asimismo, en esta sesión se observan ya cambios importantes en

el pensamiento, pues platica lo importante que es para ella “cerrar círculos” con personas que tiene que “dejar ir” para sentirse mejor, por otro lado, continúan otros pensamientos negativos como culpabilidad, soledad y desgano, por lo que se continuó trabajando con ella mediante el modelo estándar de la TCC. Es importante resaltar que los resultados arrojados por el análisis visual para esta paciente deben ser interpretados con cautela dada la situación descrita.

En el caso de Sara, llamó la atención que realizaba cada una de las las tareas, principalmente las de reestructuración cognitiva, de una manera muy ilustrativa, casi ideal respecto a los cambios de los pensamiento automáticos negativos a los alternativos funcionales, no obstante, no se producía una mejora en el estado de ánimo, ni reportada por el BDI, ni percibida por la paciente o por la terapeuta; asimismo, a lo largo de las sesiones se mostraban creencias reiterativas en entornos y/o momentos diferentes de la vida de Sara, lo cual es una clara referencia de que son los esquemas de la paciente y no pensamientos de tipo automático los que están generando el malestar y entonces se hizo necesario considerar una modalidad terapéutica prolongada (Dobson y Dobson, 2009). En este punto cabe resaltar que la paciente es una persona funcional en su vida cotidiana y que no muestra el desánimo típico de un cuadro depresivo mayor por realizar actividades, por ejemplo, no tiene problemas en el desempeño de su trabajo y busca una vida social lo más activa posible, sin embargo, son sus creencias fuertemente arraigadas lo que genera el malestar emocional. Si bien, en las sesiones de intervención que se tomaron para presentar este caso en la investigación, se lograron algunas mejoras, que aunque mínimas, no dejan de ser importantes para el desarrollo y tratamiento del caso, no deja de recalcarse que la evidencia muestra que podrían ser necesarias más de 60 sesiones para la modificación de los esquemas (Malogiannis, et al., 2014). La mención de este caso es de suma relevancia para el presente trabajo debido a que pone el foco en el hecho de que, inductivamente hablando, para investigaciones posteriores valdría la pena tomar en cuenta que la TCC breve tiene efectos positivos fuertes en el cambio de pensamientos automáticos negativos, no así cuando lo que genera el malestar emocional son los esquemas del paciente.

Mercedes por su parte presentaba sintomatología depresiva relacionada con una serie de situaciones específicas, de hecho, se puede observar mediante el análisis visual que sus puntajes BDI disminuían previamente a la última sesión. La problemática que esta paciente presentaba tenía que ver con un círculo vicioso en donde el no cumplir con sus propias expectativas le

generaba una frustración que la mantenía sumergida en la idea de ser un fraude y un fracaso, lo cual no le permitía afrontar su presente y tomar decisiones acordes a él, lo que a su vez seguía alimentando su idea de ser un fracaso y sentir una gran frustración; dentro de las ideas que sus emociones generaban, estaba el que le provocaba “pesar” tener que acudir a buscar ayuda psicológica para resolver algo que creía muy “sencillo y normal” para el resto de las personas; podría asumirse que la mezcla entre esta ideología y la característica autoimpuesta de abandonar todo cuanto emprendía, tuvieron una influencia importante en la acción de ausentarse en tantas ocasiones y durante varias semanas entre sesiones, lo cual culminó en la interrupción del tratamiento dado el reglamento del Centro Comunitario en donde la intervención se llevó a cabo. En la última sesión, la paciente relató la ocurrencia de un grave incidente con su pareja, el cual culminó en la destrucción de sus registros diarios acumulados por semanas y, aunque se intentó *usar* este incidente como un medio de progreso en la intervención, la paciente expresó claramente su desánimo ante la propuesta. Es en esta sesión donde se observa en el análisis visual que los puntajes de BDI se disparan. Dado el tipo de problemática, es difícil predecir el desarrollo de un posible progreso, pues, a pesar de que iba mostrando mejoras en las pocas sesiones de intervención que se brindaron, no se llegó a determinar si se hubiera podido producir un cambio estable.

En el caso de Ana, su sintomatología estaba relacionada con un evento específico, el cual destruyó por completo la imagen que tenía de su vida y de ella misma provocando que se sintiera perdida ante una situación que nunca se imaginó que tendría que enfrentar. Dado su tipo de problemática, es decir, la ocurrencia de un evento específico que desencadenó su malestar, la intervención con TCC breve, de 9 sesiones en concreto, fue de mucho beneficio para ella, expresando a manera de evidencia su gran satisfacción al percibir resultados rápidamente.

Además de los efectos sobre los puntajes del BDI, la intervención ayudó a incrementar, cambiar o generar actividad en comparación con sus hábitos pre intervención, retomando o creando, por ejemplo, actividades placenteras; asimismo, se buscó realizar aquellas que generaban una percepción de éxito, esto es relevante dado que en la literatura se ha reportado al incremento de actividades comportamentales, como un indicador de la disminución de depresión (Dimidjian, Martell, Herman-Dunn & Hubley, 2014; Dobson & Dobson, 2009).

En este punto es relevante comentar acerca del hecho de que todas las pacientes, con excepción de Sara por las razones anteriormente expuestas, tuvieron un disparo de síntomas depresivos según el BDI entre el segundo y el tercer seguimiento. Llama la atención que estos disparos acontecieron detonados por situaciones críticas para las pacientes en esos momentos, sin embargo, a excepción de Gloria, los puntajes volvieron a disminuir a niveles normativos o muy cerca de ellos; en el caso de Gloria, este dato es desconocido, ya que este disparo se presentó en el último seguimiento. El que los puntajes disminuyan luego de haberse disparado, se presta a la siguiente interpretación: ya en el marco teórico se hacía mención de que cualquier persona puede atravesar por alguna situación crítica que le provoque un malestar emocional significativo, pero se resalta que la atención debe ponerse cuando la persona no es capaz de atravesar esa crisis por sí misma y que esta afectara más áreas de su vida que no necesariamente estuvieran relacionadas desde el principio con la problemática original. Se presume que esto fue lo que aconteció con las pacientes, ya que, a lo largo de los tres seguimientos continuaron expuestas en cierta medida a elementos ambientales que tenían que ver con la problemática original que las llevó a buscar ayuda psicológica en primera instancia. Aquí lo que hay que resaltar es justamente la disminución posterior de puntajes, lo cual estaría reflejando el uso de las habilidades revisadas durante la intervención, así como un buen aprendizaje de las mismas ya que las pacientes mostraron capacidad para controlar su visión y manejo de las situaciones conflictivas sin necesidad de continuar en tratamiento.

En la búsqueda de la determinación de qué tan efectiva era la TCC breve comparada con la estándar en el tratamiento de la depresión, se tomaron en cuenta revisiones sistemáticas, las cuales a su vez, incluyen en sus análisis ensayos controlados aleatorizados en los cuales la intervención brindada se basaba en manuales, que si bien, manejan un sistema y orden de intervención según la problemática, no hacen referencia a intervenciones personalizadas según las necesidades de cada paciente, a diferencia del presente trabajo, en el cual, si bien se tomaron en cuenta las recomendaciones de los manuales (véase por ejemplo Department of Veterans Affairs, 2009; Miranda et al., 2008; Dimidjian, Martell, Addis y Herman-Dunn, 2008; Roselló y Bernal, 2007), se dio prioridad a las necesidades de cada paciente, en donde, por ejemplo, fue necesario incluir el componente de relajación ya que la problemática de las pacientes así lo requería, este punto se considera crucial en la investigación ya que no se puede dejar de lado que la Psicología no es una ciencia dura y que lo que funciona en una persona no necesariamente

funciona de la misma manera en otra. Por otra parte, es importante mencionar que la mayoría de las investigaciones que fueron revisadas no mencionan en sus métodos la inclusión ni del análisis funcional ni de la presentación del EORC y propuesta de tratamiento (véase por ejemplo Taylor y Weems, 2011; Lévesque, Savard, Simard, Gauthier e Ivers, 2004; y Lumpkin, Silverman, Weems, Markham y Kurtines, 2002), por lo que la decisión de tomar la sesión de muestra del EORC como parte de la intervención estuvo basada en tres estudios de depresión con diseño de línea base múltiple que así lo establecen (véase Malogiannis et al., 2014; Bevan, Wittkowski y Wells, 2013; y Ehrenreich, Goldstein, Wright y Barlow, 2009).

Si bien la investigación se llevó a cabo con una N pequeña, vale la pena resaltar las ventajas de este sobre otros tipos de diseño: en primer lugar se hace notar que el diseño de línea base múltiple permite tener un control sobre la influencia de variables extrañas al realizar una evaluación previa a la intervención con diferente durabilidad por sujeto, lo cual posibilita un análisis a simple vista acerca de cómo era la conducta antes y después de la intervención permitiendo el establecimiento de relaciones causales. Asimismo, un diseño de caso único proporciona una contra-evidencia de las nociones que se consideran universalmente aplicables (Kazdin, 2011), lo cual justifica su elección para la presente investigación dado su objetivo. Otra de sus características que a la vez se convierte en una ventaja sobre otro tipo de estudios más generales, es su continua evaluación, lo cual permite un mayor nivel de confiabilidad de las observaciones; asimismo, admite una comparación y análisis profundos y detallados por sujeto siguiendo las características de cada caso, respetando su individualidad y desarrollo; aquí cabe tomar en cuenta que el objeto de estudio de la Psicología, es decir, la conducta, es el fenómeno más variable e individual. Por otro lado, este tipo de diseños tienen un valor persuasivo y motivacional estimulando la investigación de un fenómeno, en este caso, este estudio invita a poner el foco en el estilo terapéutico Cognitivo Conductual en su modalidad breve, el cual presenta notorias ventajas en cuanto a costos y tiempos, permitiendo la atención de un mayor número de pacientes, mencionando, por supuesto, la gravedad que la depresión representa para la sociedad actual, y el que el sistema de salud mexicano no brinde a la salud mental la atención e importancia que evidentemente amerita. No se puede dejar de señalar que los resultados obtenidos se dieron en cinco participantes mexicanas pertenecientes a una población específica y que valdría mucho la pena realizar investigaciones en poblaciones más extensas y tal vez con otro

de tipo de características, dados los resultados los cuales arrojan que su efectividad depende en gran parte de la gravedad de la sintomatología depresiva.

Para la interpretación de la información presentada, vale la pena retomar el caso de Gloria, quien al principio de la intervención respondía fuertemente a la discapacidad social y a su deseo por sentirse mejor y no por cómo realmente se sentía al momento de responder los cuestionarios, lo cual sesgó su análisis visual hacia resultados que no eran tales, esto representa una limitante en esta investigación; se recomendaría que en estudios posteriores haya un control, o se considere la presencia de esa variable y sus efectos en los resultados. Asimismo, el hecho de que se tomara una población tan específica reduce la posible generalización de resultados hacia otras poblaciones, por ejemplo hacia las personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas y todas sus implicaciones, ya que, como se describió en la introducción, el momento histórico que se está viviendo tiene como marco este tipo de afecciones, asimismo, se habló de la comorbilidad que estas enfermedades tienen con la depresión, por lo que valdría mucho la pena el desarrollo de trabajos dirigidos a la evaluación del efecto de la TCC breve en estas poblaciones.

A manera de conclusión y, en relación con el objetivo del presente trabajo, se podría resumir que los resultados de esta investigación muestran que la TCC breve sí tuvo efectos significativos en sintomatología depresiva en cinco pacientes mexicanas; cabe mencionar que esta suele presentarse en conjunción con algún síntoma ansioso; asimismo, es importante tomar en cuenta que las participantes intervenidas no tenían comorbilidad con alguna enfermedad física, lo cual es bastante común en el caso de sintomatología depresiva y con lo que se recomienda tener especial cuidado al momento de estructurar un plan personalizado de intervención. Este efecto significativo se produce siempre y cuando no se trate de un nivel agravado de dicha sintomatología, ya que en este caso la TCC estándar mostró mejores resultados que el modelo breve; además, como nota importante, es necesario discernir si el malestar emocional se debe a pensamientos automáticos o a esquemas, ya que, en el caso de estos últimos, la TCC breve tampoco mostró un efecto significativo. Asimismo, se considera importante comentar a manera de propuesta que vale la pena considerar una variabilidad de métodos que permitan evaluar la significancia clínica, de manera que si alguno falla, se tengan argumentos suficientes para determinar el tamaño real del efecto.

Luego del comunicado emitido por la OMS en donde se advierte de la gravedad de la depresión para el año 2020, vale la pena desarrollar estudios como este dada la cercanía que se tiene ante esta proyección en este punto de la historia. Pareciera que la depresión es un tema bastante común hoy en día, sin embargo, la gravedad que representa no es algo que debiera tomarse a la ligera, por lo que se espera que la presente investigación contribuya a hacer conciencia de que es urgente generar más medios y mayor eficiencia en los mismos para que un mayor número de personas sean atendidas y tengan la posibilidad de gozar de una buena salud mental, que por derecho, merecen.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, D. C. text revision.
- American Psychological Association (2011). Open Letter to the DSM-5 to the DSM-5 Task Force and the American. Extraído el 23 de abril de 2014, de <http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/>
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Dragomericka, E., Kohn, R., Keller, M. B., Kessler, R. C., Kawakami, N., Kilic, C, Ustun, T. B., Vicente, B. & Wittchen, H. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3-21.
- Armelagos, G. J., Brown, P. J. & Turner, B. (2004). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social science & Medicine*, 61(2005), 755-765.
- Barlow, D. H. (2008), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (pp. 328-364). New York: The Guilford Press.
- Beck A. T. (1991). Cognitive Therapy A 30-Year Retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19^a ed.). Bilbao: Desclée de Brower, S.A.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory: second edition manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh J. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 6(4), 561-571.

- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47 (supl 1), S4-S11.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E., (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 78-40.
- Bevan, D., Wittkowski, A. & Wells, A. (2013). A Multiple-Baseline Study of the Effects Associated With Metacognitive Therapy in Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(1), 69-75.
- Bittner, A., Goodwin, R. D., Wittchen, H., Beesdo, H., Höfle, M. & Lieb, R. (2004). What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? En: Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. & Medina-Mora, M. E., (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 78-40.
- Borges, G., Nock, M. K., Medina-Mora, M. E., Hwang, I. & Kessler, R. (2010). Psychiatric Disorders, Comorbidity, and Suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 98- 107.
- Bromet, E., Andrade, L. E., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Medina-Mora, M. E., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M. C., Williams, D. R. & Kessler R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9:90. Recuperado el 27 de julio de 2015 de <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>
- Brossart, D. F., Vannest, K. J., Davis, J. L. & Patience, M. A. (2014). Incorporating nonoverlap indices with visual analysis for quantifying intervention effectiveness in single-case experimental designs. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 24(3-4), 464-491.

- British Psychological Society (2012). DSM-5: The future of psychiatric diagnosis (2012 – final consultation). Extraído el 23 de abril de 2014, de http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202012%20-%20BPS%20response.pdf
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P. & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. Recuperado el 15 de marzo de 2014, de <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/38>.
- Clay, R. A. (2012). Protesting proposed changes to the DSM. *Monitor on Psychology*, 2(43), 42. Recuperado el 24 de abril de 2014, de <https://www.apa.org/monitor/2012/02/changesdsm.aspx>
- Crail-Meléndez, D., Herrera-Melo, A., Martínez-Juárez, I. E. & Ramírez Bermúdez, J. (2012). Cognitive-behavioral therapy for depression in patients with temporal lobe epilepsy: A pilot study [Abstract]. *Epilepsy & Behavior*, 1(23), 52-56.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 30: 51-62.
- Department of Veterans Affairs, Department of Defense (2009). Clinical Practice Guideline for Management of Major Depressive Disorder (MDD). Recuperado el 19 de abril de 2014, de http://www.healthquality.va.gov/mdd/mdd_full09_c.pdf
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E. & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral Activation for Depression. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual* (pp. 328-364). New York: The Guilford Press.
- Dixon, M. R., Jackson, J. W., Small, S. L., Horner-King, M. J., Mui Ker Lik, N., García, Y. & Rosales R. (2009). Creating single-subjet design graphs in Microsoft Excel 2007. *Journal of applied behavior analysis*, 2(42), 277-293.

- Dobson, D. & Dobson, K. S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. Ney York: The Guilford Press.
- Egan, S. J., Laidlaw, K. & Starkstein, S. (2015). Cognitive Behavior Therapy for Depression and Anxiety in Parkinson's Disease. *Journal of Parkinson's Disease*, 5(3), 443-451.
- Ehrenreich, J. T., Goldstein, C. M., Wright, L. R. & Barlow, D. H. (2009). Development of a Unified Protocol for the Treatment of Emotional Disorders in Youth. *Child & Family Behavior Therapy*, 31(1), 20-37.
- Engel, G. L., (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 4286(196), 129-136.
- Fleck, P. M., Berlim, T. M., Lafer, B., Botelho, E. S., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., Juruena, M. F & Hetem L. A. (2009). Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(supple 1), S7-17.
- García, R., Ross, G. P., Mercado, S. M., Vázquez, E. R., García, C. y Acosta, C. O. (2012). Efectos de una intervención cognitivo conductual en estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2(2), 111-117.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porrás-Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K., Días, R. H., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati. M. y Salomon, J. A. (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Pública de México*, 49(supl I), S37-S52.
- Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. G. (2002). Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition and Scientific Foundations. En F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy* (pp. 1-20): England: John Wiley & Sons.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista M. P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México, D.F.: Mc Graw Hill.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011). Características educativas de la población. Distribución porcentual de la población de 15 y más años por nivel educativo, para cada sexo, 1960 a 2010. Recuperado el 5 de noviembre de 2015, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=medu09&s=est&c=35006>
- Insel, T. (2013). Transforming Diagnosis. Recuperado el 22 de abril de 2014, de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>.
- Ito Sugiyama, M. I., y Vargas Núñez, B. I. (2005). *Investigación cualitativa para psicólogos*. México D.F.: Miguel Ángel Porrúa.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Toward a standard definition of clinically significant change. *Behavior Therapy*, 17, 308-311.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 3(21), 26-31.
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 67(3),332-339.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings* (2ª ed.) New York: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N., Andrade, L. H., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Haro, J. M., Karam, A. N., Kostyuchenko, S., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Matschinger, H., Nakane, Y., Browne, M. O., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R. & Stein, D. J. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety*, 27(4), 351-364.
- King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M. & Byford, S. (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy and

usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment*, 19(4), 1-93.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613.

Landa-Ramírez, E., Pérez-Sánchez, I. N., Sánchez-Román, S., y Covarrubias, A. (2014). Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 24 (1), 55-63.

Lara, M. C., Medina-Mora, M. E., Borges, G. & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11.

Lévesque, M., Savard, J., Simard, S., Gauthier, J.G., & Ivers, H. (2004). Efficacy of cognitive therapy for depression among women with metastatic cancer: a single-case experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 287-305.

López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A. E., González-Barranco, J. y Salín-Pascual, R. J. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 5(54), 403-409.

Lumpkin, P. W., Silverman, W. K., Weems, C. F., Markham, M. R & Kurtines, W. M. (2002). Treating a Heterogeneous Set of Anxiety Disorders in Youths With Group Cognitive Behavioral Therapy: A Partially Nonconcurrent Multiple-Baseline Evaluation. *Behavior Therapy*, Vol. 33, 163-177.

Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G. N. & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(3), 319-329.

- McHorney, C. A., Ware, J. E. & Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 3(31), 247-263.
- McHorney, C. A., Kosinski, M. & Ware, J. E. (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care* 1(32), 551-567.
- Medline Plus (2014). Depresión. Recuperado el 27 de febrero de 2014 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003213.htm>
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26(4), 1-16.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. y Zambrano, J. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1-11.
- Medina-Mora, M. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J. y Fleiz Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47, 8-22.
- Medina-Mora, M. E., Rojas, E., Borges, G., Vázquez-Pérez, L., Fleiz, C. y Real, T. Comorbidity: Depression and substance abuse (2008). En: Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. & Medina-Mora, M. E., (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 78-40.
- Miranda, J., Woo, S., Lagomasino, I., Hepner, K. A., Wiseman, S. & Muñoz, R. (2008). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. San Francisco: University of California, Cognitive Behavioral Depression Clinic, Division of Psychosocial Medicine San Francisco General Hospital.

- National Institute of Mental Health (2008). Depression Patients' Brain Circuitry Makes Them Vulnerable to Relapse. Recuperado el 21 de marzo de 2016 de <http://www.nimh.nih.gov/science-news/2008/depression-patients-brain-circuitry-makes-them-vulnerable-to-relapse.shtml>
- National Institute of Mental Health (2014). Depresión. Recuperado el 27 de febrero de 2014 de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/index.shtml>
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D. & Williams, J. W. (2011). Brief Psychotherapy for Depression In Primary Care: A Systematic Review of the Evidence. *Evidence-based Synthesis Program*. Washington DC: Department of Veterans Affairs (US).
- Nieuwsma, J. A., Tivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D. & Williams, J. W. (2012). Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43 (2), 129-151.
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 4(49), 509-538.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma-Ata . Recuperado el 10 de junio de 2015 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2001). El informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). El informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiando la historia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2012). La depresión. Recuperado el 27 de febrero de 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Organización Mundial de la Salud (2014). Depresión. Recuperado el 2 de marzo de 2014 de http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

Organización Mundial de la Salud (2014). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado el 9 de julio de 2015 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W. & Patten, S. B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, 117: S15-S25.

Parker, R.I., & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367.

Parker, R.I., Vannest, K.J., & Davis, J.L. (2011). Effect size in single-case research: a review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303-322.

Parker, R.I., Vannest, K. J., Davis, J. L. & Sauber, S. B. (2011). Combining Nonoverlap and Trend for Single-Case Research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42(2), 284-299.

Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V. & Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. I. Classification, Burden and Principles of Management. *Journal of Affective Disorders*, 117: S5-S14.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.

- Roselló, J. y Bernal, G. (2007). Manual de Tratamiento para la Terapia Cognitiva- Conductual de la Depresión, formato individual: Adaptación para adolescentes puertorriqueños/as. Río Piedras, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico, Instituto de Investigación Psicológica.
- Rothwell, P. M. (2005). External validity of randomised controlled trials: “To whom do the results of this trial apply?”. *Lancet*, 365: 82-93.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B., Klein, D. N., Keller, M. B. (2003). The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54(5), 573–583.
- Scott, A. & Freeman, C. (1992). Edinburgh primary care depression study: treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *General Practice*, 304: 883- 887.
- Slone, L., Norris, F., Murphy, A. & Baker, C. (2006). Epidemiology of major depression in four cities in Mexico. *Depression and Anxiety*, 23(3), 158-167.
- Smarr K. L. & Keefer A. L. (2011). Measures of Depression and Depressive Symptoms. Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis Care & Research*, 11(63), 454-466.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
- Taylor, L. K. & Weems, C. F. (2011). Cognitive-Behavior Therapy for Disaster- Exposed Youth With Posttraumatic Stress: Results From a Multiple-Baseline Examination. *Behavior Therapy*, Vol. 42, 349-363.

- Torres, L. R. (2012). Evidence-Based Psychosocial Interventions for Hispanics: Research and Policy Implications. Extraído el 25 de abril de 2014, de <http://www.hispanicfamily.org/wp-content/uploads/2012/04/EvidenceBased.pdf>
- Valadez-Téllez, L., Galindo-Vázquez, O., Álvarez-Avitia, M., González-Forteza, C., Robles-García, R. y Alvarado-Aguilar, S. (2011). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión. *Gaceta Mexicana Oncología*, 10(3), 129-135.
- Vallury, K. D., Jones, M. & Oosterbroek, C. (2015). Computerized Cognitive Behavior Therapy for Anxiety and Depression in Rural Areas: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e139.
- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 351-364.
- Vidrih, B., Karlovic, D., Pasic, M., Uremovic, M., Mufic, A. & Matosic, A. (2012). A review of the psychoneuroimmunologic concepts on the etiology of depressive disorders. *Acta Clinica Croata*. 51(3), 403-9.
- Wagner, F. A., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 1(35), 3-11.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 6(30), 473-483.
- Weissman. M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E. G., Lee, C. K., Lellouch, J., Lepine, J. P., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J. E., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. & Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depressive an bipolar disorder. *JAMA*, 276(4), 293-299.
- Wenzel, A. (2012). Modification of Core Beliefs in Cognitive Therapy. En I. Reis de Oliveira (Ed.), *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (pp 17-34).

INTECH. Tomado de: <http://www.intechopen.com/books/standard-and-innovative-strategies-in-cognitive-behavior-therapy/modification-of-core-beliefs-in-cognitive-therapy>

World Federation for Mental Health (2010). Mental health and chronic physical illness. The need for continued and integrated care. USA: World Federation of Mental Health. En:

Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. & Medina-Mora, M. E., (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55, 78-40.

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 6(67), 361-370.

Zung, W. W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63–70.

Zúñiga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B. y Medina-Moreno, M. R. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 2(41), 110-118.

ANEXOS

INVENTARIO DE BECK

Usuario: _____

Fecha: _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones; por favor, lea cada una cuidadosamente. Posteriormente elija una oración de cada grupo que describa mejor la manera en que se **SINTIÓ LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DÍA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

0. Yo no me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo. 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.	0. Yo no me siento que esté siendo castigado 1. Siento que podría ser castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que he sido castigado.
0. En general no me siento descorazonada (o) por el futuro. 1. Me siento descorazonada (o) por el futuro. 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro. 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.	0. Yo no me siento desilusionada (o) de mí misma (o). 1. Estoy desilusionada (o) de mí misma (o). 2. Estoy disgustada (o) conmigo misma. 3. Me odio.
0. Yo no me siento como una fracasada (o). 1. Siento que he fracasado más que las personas en general. 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos. 3. Siento que soy un completo fracaso como persona.	0. Yo no me siento que sea peor que otras personas. 1. Me critico a mí misma (o) por mis debilidades o errores. 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.
0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo. 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo. 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada. 3. Estoy insatisfecha (o) o aburrida (o) con todo.	0. Yo no tengo pensamientos suicidas. 1. Tengo pensamientos suicidas, pero no los llevaría a cabo. 2. Me gustaría suicidarme. 3. Me suicidaría si tuviera oportunidad.
0. En realidad yo no me siento culpable. 1. Me siento culpable en gran parte del tiempo. 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.	0. Yo no lloro más de lo usual. 1. Lloro más de lo que solía hacerlo. 2. Actualmente lloro todo el tiempo. 3. Antes podía llorar, pero ahora no puedo hacerlo a pesar de lo deseo.

<p>0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.</p> <p>1. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.</p> <p>2. Me enojo o me irrito más fácilmente que antes.</p> <p>3. Me siento irritada (o) todo el tiempo.</p>	<p>0. Mi apetito no es peor de lo habitual.</p> <p>1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.</p> <p>2. Mi apetito está muy mal ahora.</p> <p>3. No tengo apetito de nada.</p>
<p>0. Yo no he perdido el interés en la gente.</p> <p>1. Estoy menos interesada (o) en la gente de lo que solía estar.</p> <p>2. He perdido en gran medida el interés en la gente.</p> <p>3. He perdido todo el interés en la gente.</p>	<p>0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.</p> <p>1. He perdido más de dos kilogramos.</p> <p>2. He perdido más de cinco kilogramos.</p> <p>3. He perdido más de ocho kilogramos.</p> <p>A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos: sí _____ no _____</p>
<p>0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.</p> <p>1. Pospongo tomar decisiones más que antes.</p> <p>2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.</p> <p>3. Ya no puedo tomar decisiones.</p>	<p>0. Yo no estoy más preocupada (o) de mi salud que antes.</p> <p>1. Estoy preocupada (o) acerca de los problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.</p> <p>2. Estoy muy preocupada (o) por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.</p> <p>3. Estoy tan preocupada (o) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.</p>
<p>0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía.</p> <p>1. Estoy preocupada (o) por verme vieja (o) o poco atractiva (o).</p> <p>2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractiva (o).</p> <p>3. Creo que me veo fea (o).</p>	<p>0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por las relaciones sexuales.</p> <p>1. Estoy menos interesada (o) en las relaciones sexuales de lo que estaba.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesada (o) en las relaciones sexuales ahora.</p> <p>3. He perdido completamente el interés por las relaciones sexuales.</p>
<p>0. Puedo trabajar tan bien como antes.</p> <p>1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo.</p> <p>2. Tengo que obligarme para hacer algo.</p> <p>3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.</p>	
<p>0. Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.</p> <p>2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.</p> <p>3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormir.</p>	
<p>0. Yo no me canso más de lo habitual.</p> <p>1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Con cualquier cosa que haga me canso.</p> <p>3. Estoy muy cansada (o) para hacer cualquier cosa.</p>	

CHECK-LIST CRITERIOS DSM-IV DEPRESIÓN

Episodio depresivo mayor.

CRITERIO	¿LO CUMPLE?
A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa.	
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (triste o vacío) o la observación realizada por otros (llanto).	
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.	
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen. Aumento de peso (cambio de más del 5% en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.	
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.	
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).	
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.	
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos e inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.	
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.	
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.	
B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.	
C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	
D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento) o a una enfermedad médica.	
E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo; persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.	

Trastorno distímico

CRITERIO	¿LO CUMPLE?
A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.	
B. Presencia, mientras está deprimido, de dos o más de los siguientes síntomas:	
1. Pérdida o aumento de apetito.	
2. Insomnio o hipersomnia.	
3. Falta de energía o fatiga.	
4. Baja autoestima.	
5. Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.	
6. Sentimientos de desesperanza.	
C. Durante el periodo de dos años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.	
D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración, por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o en remisión parcial.	
E. Nunca ha habido un episodio maniaco, mixto o hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.	
F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno delirante.	
G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (droga o medicamento), o enfermedad médica.	
H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	

REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS

Instrucciones: por favor, escriba cada día sus pensamientos relacionados con su estado de ánimo.

NOMBRE:

FECHA: del _____ al _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

REGISTRO DIARIO DE CONDUCTAS

Instrucciones: por favor, escriba cada día sus actividades, incluyendo el horario, que se relacionen con su estado de ánimo. Es válido incluir las cosas que deja de hacer debido a su estado de ánimo.

NOMBRE:

FECHA: del _____ al _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO