



DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2606

Efecto de un programa de psicoterapia breve cognitiva-conductual a distancia para pacientes con sintomatología depresiva

Rubén Avilés Reyes

ruben.aviles.reyes@uabc.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-5328-3081>

Doctor en Psicología.

Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias Administrativas
y Sociales de la Universidad Autónoma de Baja California. México.

María Araceli Ortiz Rodríguez

araceli.ortiz@uaem.mx

<https://orcid.org/0000-0003-0847-0261>

Doctora en Ciencias en Nutrición Poblacional.

Profesor Investigador de la Facultad de Nutrición
en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México.

Arturo Alejandro Dominguez Lopéz

dominguez.arturo@uabc.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-1435-8559>

Doctor en Ciencias de la Salud y

Profesor-Investigador de la Facultad de Ciencias Administrativas
y Sociales en la Universidad Autónoma de Baja California. México.

Javier Tadeo Sanchez Betancourt

tadeo.sanchez@uabc.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0003-1122-6438>

Doctor en Neurociencias.

Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias Administrativas
y Sociales de la Universidad Autónoma de Baja California. México.

Jorge Alberto Guzman Cortes

jorge_guzman@uaeh.edu.mx

<https://orcid.org/0000-0001-7899-2183>

Doctor en Psicología-Neurociencias de la Conducta.

Profesor Investigador de Tiempo Completo
de la Escuela Superior de Actopan
en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México.

Correspondencia: ruben.aviles.reyes@uabc.edu.mx

Artículo recibido: 15 junio 2022. Aceptado para publicación: 29 junio 2022.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

Todo el contenido de **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, publicados en este sitio están disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .

Como citar: Avilés Reyes, R., Ortiz Rodríguez, M. A., Dominguez Lopéz, A. A., Sanchez Betancourt, J. T., & Guzman Cortes, J. A. (2022) Efecto de un programa de psicoterapia breve cognitiva-conductual a distancia para pacientes con sintomatología depresiva. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(4) 602-617. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i4.2606

RESUMEN

La depresión es un trastorno por un estado de tristeza la mayor parte del día, casi todo el día y está acompañada de una sintomatología física, psicológica y cognitiva, que repercute en la actividad cotidiana de quien la padece. La terapia cognitivo conductual es un tratamiento psicológico que ha mostrado ser eficaz en pacientes que manifiestan depresión. El objetivo del presente estudio fue implementar la aplicación de un programa de psicoterapia cognitivo conductual breve en pacientes con depresión. Se trabajó con 96 pacientes con depresión, se les aplicó el programa de psicoterapia cognitivo conductual breve, mostrando diferencias significativas en la disminución de la sintomatología depresiva antes y después del tratamiento. Los resultados sugieren la importancia de aplicar la psicoterapia cognitivo conductual en pacientes con depresión, por la eficacia que ha mostrado el tratamiento.

Palabras clave: *depresión; terapia cognitivo.conductual; psicoterapia.*

Effect of a brief cognitive-behavioral psychotherapy program remote for patients with depressive symptoms

ABSTRACT

Depression is an emotional disorder that causes a feeling of constant sadness and a loss of interest in doing different activities. It is accompanied by physical, psychological and cognitive symptoms, which have an impact on the daily activity of those who suffer from it. Cognitive behavioral therapy is a psychological treatment that has been shown to be effective in patients who manifest depression. The objective of the present study was to implement the application of a brief cognitive behavioral psychotherapy program in patients with depression. We worked with 96 patients diagnosed with depression. The brief behavioral cognitive psychotherapy program was applied to them, showing significant differences in the reduction of depressive symptoms before and after treatment. The results suggest the importance of applying cognitive behavioral psychotherapy in patients with depression, due to the efficacy that the treatment has shown.

Key Word: depression; cognitive behavioral therapy and psychotherapy

INTRODUCCIÓN

No es fácil dar una definición de emociones, incluso puede resultar arriesgado hacerlo, esto por la complejidad del propio término, sin embargo, se puede concebir como respuestas universales innatas que nos llevan a una experiencia corporal transitoria y sume a la persona en una realidad nueva y transformada, presentan elementos fisiológicos, subjetivos y conductuales (Lazarus y Lazarus, 2020). La forma de manifestar las emociones dependerá del contexto, los sentimientos, las experiencias previas, la cognición y del sentido y significado que se les brinda, incluso de la propia personalidad del sujeto (Orbeta y Bonhomme, 2019).

La función de las emociones puede variar; manifestarse por adaptación, supervivencia, aspectos sociales y/o motivacionales (Ros y Arqueros, 2018). Existen emociones que implican sentimientos desagradables como el miedo, la ira, la tristeza y el asco, así como emociones que conllevan a sentimientos agradables como la alegría y emociones neutras como la sorpresa (Mujica et al., 2018).

Cuando la tristeza se convierte en un estado de ánimo recurrente o permanente, puede generar depresión, o lo que algunos especialistas llaman Trastornos Depresivos (DSM V, 2015), considerado desde hace muchos años como desórdenes, y que por lo tanto, deben ser tratados como tales. En otras palabras, la tristeza es un estado mental pasajero que no es por sí mismo indicador de trastorno mental, sino una reacción psicológica ante algo que nos ha herido o ante circunstancias difíciles. Por su parte la depresión, es una psicopatología en la que por diversas razones, la persona afectada manifiesta síntomas como tristeza, apatía, angustia, sentimientos de culpabilidad, desesperanza e ideación suicida y no se considera algo temporal, sino una situación crónica de malestar emocional.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede ser recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V, 2015) indica que el Trastorno Depresivo Mayor tiene un periodo constante de al menos dos

semanas en el que la persona se encuentra con un estado de ánimo decaído y con una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que anteriormente realizaba sin dificultad. Además, hay otros síntomas que pueden acompañar al estado de ánimo depresivo, como es la falta de sueño o por el contrario, presentar hipersomnia; existe pérdida del apetito, las personas se vuelven mucho más lentas en sus actividades, tardan mayor tiempo en culminarlas o pueden dejarlas inconclusas. En la Tabla 1, se muestran algunos síntomas de la depresión.

Tabla 1.

Síntomas de la depresión

SÍNTOMAS	MANIFESTACIONES
Afectivos	<i>Tristeza patológica o humor depresivo.</i> Tiene cualidades negativas, y se expresa como pena, vacío, desesperación, y en casos extremos como falta de sentimientos. En algunas ocasiones puede quedar oculta por otros síntomas.
	<i>Anhedonia.</i> Es la dificultad para obtener recompensa grata de aquello que resultaba placentero. Lleva al aislamiento y a la pasividad.
	<i>Ansiedad secundaria a depresión.</i> Representa miedo intenso e injustificado a que ocurra algo malo y temible, obliga a un continuo estado de alerta, desasosiego y desesperación, que impulsa a pedir ayuda.
	<i>Irritabilidad.</i> Aparece como reacciones de conductas violentas, injustificadas y desproporcionadas. Conduce al aislamiento social.
	<i>Disforia.</i> Es una sensación difusa de malestar general, una mezcla de sentimientos negativos: mal humor, angustia, ansiedad e irritabilidad.
	<i>Apatía.</i> Que el paciente manifiesta indiferencia total.
Cognitivos	<i>Alteraciones del pensamiento.</i> Curso lento, indeciso y monótono, con dificultad para concentrarse y discurrir. El contenido del pensamiento está invadido por ideas negativas de ruina, inutilidad, pesimismo o culpa que conducen a la desesperación. Son distorsiones del entorno (que depara malos augurios) y de uno mismo (como persona indigna). Pueden aparecer ideas recidivantes de muerte o de suicidio.
	<i>Alteraciones cognoscitivas.</i> Asociadas o no a cuadros de demencia en primera fase en ancianos y ocasionalmente en jóvenes. En general traducen peor pronóstico. Se presentan como desorientación, alteraciones de memoria, de la capacidad de aprendizaje y de la atención.

Somáticos	<p>La suma de síntomas somáticos y la gravedad de los mismos están relacionadas con la gravedad de la depresión:</p> <p>Trastornos vegetativos. Astenia, cefaleas atípicas, algias músculo-esqueléticas, pérdida de peso, trastornos digestivos (dispepsia, estreñimiento, pérdida de apetito etc.), trastornos cardíacos (dolor precordial, taquicardia), de la libido, del equilibrio, o alteraciones del sueño con distintos tipos de insomnio o hipersomnias.</p> <p>Trastornos de los ritmos vitales. Aparecen de forma variable y no en todos los pacientes: alteraciones del ritmo sueño/vigilia, del ritmo circadiano con empeoramiento matutino de los síntomas y alteraciones según ritmo estacional con recuperaciones en el período invernal.</p>
Conductuales	<p>Alteraciones en la actividad psicomotora. Con repercusión en toda la dinámica corporal: mímica de la cara, movimientos aislados o combinados, apariencia general, postura, alteración en la marcha, lenguaje (lento, de pobre iniciativa, mutismo) o disminución del rendimiento, u otras conductas de inhibición como tendencia al aislamiento, al llanto, intentos de suicidio y suicidio aparecen en la depresión. También puede relacionarse con conductas agresivas, violentas o de histeria y en lugar de inhibición hay agitación psicomotora.</p>

Fuente: López Chamón S. (2022).

Según la OMS (2018), la frecuencia de la depresión en la población general oscila entre el 3% y el 5%, lo que supone unos 250 millones de personas afectadas. Hace más de una década la OMS estimaba que para el año 2020, la depresión sería la segunda causa de discapacidad laboral, sólo superada por los problemas cardiovasculares. Si a ello le sumamos que en el mismo año 2020 la pandemia por el SARS-CoV 2 llevó a que la población se mantuviera aislada y con el menor de los contactos físico y social, la situación por la enfermedad sin lugar a dudas se agravó (Galindo, et al. 2020; Luna et al., 2022). Esto significa que la mayoría de las personas en una edad activa laboral y educativa, dejaron de asistir a sus trabajos y escuelas por presentar la enfermedad.

Por ello la necesidad de la población de recibir un tratamiento basado en el método científico dentro de las disposiciones del sector salud y las políticas públicas vigentes. La terapia cognitiva-conductual ha sido estudiada y discutida por un siglo, con buenos resultados (Suárez y Suárez 2019). Prieto, et al. 2020, en un estudio de psicoterapia individual con adultos mayores, midieron la eficiencia del tratamiento en diversos trastornos, encontrando mayor eficiencia en los trastornos depresivos y de ansiedad.

Tal premisa es apoyada por Carrascoza y Echeverría (2020) que trabajaron con una muestra de pacientes en proceso de duelo que habían desarrollado depresión, logrando disminuir los síntomas del trastorno, en un 50% con la terapia cognitivo-conductual.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de un estudio preexperimental, ya que en los diseños pre-experimentales no existe la manipulación de la variable independiente ni se utiliza grupo control. En una investigación preexperimental no existe la posibilidad de comparación de grupos. Supo (2020), menciona que en este tipo de diseño consiste en administrar un tratamiento o estímulo en la modalidad de solo pos prueba o en la de pre prueba.

Objetivo General

- Medir el efecto de un programa de psicoterapia Breve Cognitiva-conductual a distancia para pacientes con depresión.

Objetivos Específicos

- Llevar a cabo un plan de diez sesiones de psicoterapia Breve Cognitiva-conductual para los pacientes con alguno de los siguientes trastornos depresivos: Trastorno depresivo mayor, ciclotimia, distimia, depresión atípica, trastorno bipolar, depresión atípica y trastorno ansioso depresivo.
- Implementar estrategias de la Terapia Breve centrada en soluciones, en el transcurso de las sesiones, para mejorar los síntomas de los trastornos depresivos.
- Implementar estrategias de la Terapia Racional-Emotiva Conductual, en el transcurso de las sesiones, para mejorar los síntomas de los trastornos depresivos.
- Implementar estrategias de la Terapia de Aceptación y Compromiso, en el transcurso de las sesiones, para mejorar los síntomas de los trastornos depresivos.
- Implementar estrategias de la Terapia de Activación Conductual, en el transcurso de las sesiones, para mejorar los síntomas de los trastornos depresivos.
- Seleccionar al término de cada una de las sesiones una de las tareas de terapia breve propuestas por Beyebach y Vega (2016) para que cada paciente las trabaje en el transcurso de la semana.

Población y Muestra

Ojeda et al. (2020) mencionan que la Encuesta Nacional de Epidemiología de Psiquiatría (ENEP), desde hace una décadas se sabe que en México, una de cada cinco personas

han sufrido un estado depresivo mayor por lo menos una vez en su vida. Pero lo peor del caso, es que sólo una de cada 10 personas de quienes la padecen buscan ayuda profesional. Una de las razones más comunes por las cuales las personas no buscan apoyo profesional, se debe a que piensan que es natural sentirse así. Es decir, que el sentimiento de tristeza que presentan constantemente, es parte de su vida diaria, y que quizá en algún momento se volverán a sentir mejor (González y Torrija, 2021). Lo grave del asunto, es que en la mayoría de los casos no mejoran, al contrario, la situación se va agravando a tal grado que muchas personas llegan a tener ideas suicidas, o peor aún, intentos suicidas. Existen sentimientos de culpabilidad, inutilidad y no hay un motivo claro por el cual las personas afectadas sientan que valga la pena vivir (Perales et al., 2019).

El Instituto Jalisciense de Salud Mental indicó que el 11.2% de la mujeres en México han padecido depresión alguna vez en su vida, por lo que los trastornos afectivos prevalecen más en el sexo femenino. La depresión es diagnosticada después de cinco a 10 años que se manifiestan sus síntomas (Illescas, 2020). Por lo anterior, consideramos que el padecimiento es uno de los principales problemas de salud pública, dada su alta prevalencia, la discapacidad que genera (Herrera, 2021) y los costos que esto acarrea para su intervención y tratamiento (Hornstein, 2018).

Se trabajó con 96 pacientes que expresaron su decisión para incorporarse al programa anunciado a través de medios impresos y electrónicos pertenecientes al Estado de Baja California.

Las personas del estudio se eligieron de acuerdo con la exposición de su interés, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Personas mayores de 18 años, que presentaron depresión y voluntariamente decidieron recibir psicoterapia a distancia, después de firmar el consentimiento informado. Se excluyeron a personas menores de 18 años; personas con un diagnóstico distinto a los trastornos depresivos; que una vez informados sobre el procedimiento de la psicoterapia a distancia no aceptaron firmar el consentimiento.

Instrumento

Se aplicó un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos (Inventario de Depresión de Beck, BDI II) (González et al., 2015). Se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la

gravedad/intensidad del síntoma y se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

Tabla 2.

Puntuación de corte para sintomatología depresiva

No depresión	0-9 puntos
Depresión leve	10-18 puntos
Depresión moderada	19-29 puntos
Depresión grave	≥ 30 puntos

Procedimiento

El protocolo de investigación fue registrado ante el Departamento de Apoyo a la Docencia e Investigación en la Universidad Autónoma de Baja California. Posteriormente se remitió al Comité de Bioética de la Facultad de Medicina y Psicología de la misma Universidad, quienes corroboraron que cumplió con los criterios establecidos en la declaración de Helsinki (de Helsinki y World Medical Association, 1975).

Se redactaron los materiales didácticos y el procedimiento operativo para llevar a cabo la logística en las fechas que se establecieron en la convocatoria que se dio a conocer a la población abierta con sospecha de sintomatología depresiva y se realizó una primera entrevista de evaluación y el test psicométrico para conocer si la persona cumplía con los criterios de inclusión para formar parte de la muestra.

Una vez que se estableció que las personas podían formar parte de la muestra, se procedió a realizar la historia clínica con un formato previamente elaborado. Y se

acordó en un encuadre los horarios, frecuencia y estructura del proceso de psicoterapia.

Se llevaron a cabo estrategias de la terapia de Aceptación y Compromiso así como las de la terapia Racional emotiva son aplicables a todos los trastornos del programa: Trastorno depresivo mayor, ciclotimia, distimia, depresión atípica, trastorno bipolar, depresión atípica y trastorno ansioso depresivo. Finalmente se volvió a aplicar el test para realizar los análisis comparativos correspondientes.

Análisis Estadísticos

Para determinar el efecto del programa se hizo uso de la prueba estadística de la *t* de Student para muestras relacionadas, prueba que exige la dependencia entre las variables. En un primer período, las observaciones funcionaron como control para conocer los cambios que se suscitaron después de aplicar la variable experimental (Blázquez, 2021).

Se aplicó un pretest (O1). Posteriormente se llevó a cabo la aplicación de la variable independiente (el programa psicológico de atención primaria de salud) y para culminar, se evaluó al paciente con un postest (O2) que midió las variables dependientes: (Blázquez, 2021).

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 98 participantes de los cuales 56 fueron mujeres y 42 hombres. En cuanto a las edades de los participantes fueron entre 20 y 64 años con una media de 31 años. 26 amas de casa, 18 estudiantes, 17 empleados de comercios diversos, 15 comerciantes, 12 trabajadores por cuenta propia, 6 trabajadores de la construcción y 4 trabajadoras del hogar.

En cuanto al estudio comparativo se tuvo una *t* de Student de 37.24 con un nivel de significancia de 0.001 y un puntaje medio de 27.31 en inventario de depresión de Beck, lo cual indica que existen diferencias significativas estadísticamente entre el pretest y el postest. Las desviaciones estándar fueron de 7.30 con una desviación estándar del error promedio de 0.74 final. La *t* de Student fue de 37.2, como se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3.

Prueba de muestras emparejadas. Trastornos depresivos.

	N	Media	Desv.	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
					Inferior	Superior			
Puntaje inicial y final	98	27.31	7.30	0.74	26.02	24.95	37.24	97	0.000

La magnitud del efecto es de 3.762 lo cual indica que hay un alto grado de eficacia en el tratamiento aplicado para los trastornos depresivos.

DISCUSIÓN

Con base a los resultados obtenidos, se sugiere que las técnicas que maneja la psicoterapia breve cognitivo conductual, es uno de los tratamientos no farmacológicos que ha mostrado eficacia en paciente que padecen un trastorno depresivo (aunque de ninguna manera se sugiere evitar el tratamiento psicofarmacológico). Esto confirma que los efectos de la TCC, en general no pueden ser explicados por factores inespecíficos como los relacionados por la alianza paciente-profesional o expectativas de un cambio positivo (Fullana, et al. 2011). Los resultados son concluyentes con otros estudios ya reportados del uso de la TCC y el buen manejo de la enfermedad, habiendo una disminución en la sintomatología depresiva reportada con el inventario de depresión de Beck (Ortega, et al. 2015; Nezu, et al. 2006).

La TCC es un tratamiento psicológico que aborda la depresión con una mirada transdisciplinaria, abarcando lo social, familiar, ambiental y biológico; se centra en reactivar a la persona en sus actividades de la vida diaria, permitiendo una visión distinta y positiva de sus actividades cotidianas. Impulsa a la persona a que, a través de experiencias de la vida, compruebe y haga conciencia si su percepción de las situaciones personales son tan catastróficas como ella cree y piensa que lo son. Por lo tanto, al haber literatura científica que demuestre que la TCC es efectiva en pacientes con depresión (Hopko et al. 2003; Hollon et al.) por lo que deben promoverse este tipo de tratamientos.

Limitaciones

Los pacientes que no tenían acceso a una plataforma por videoconferencia (meet o zoom) y por lo tanto se tuvieron que hacer por medio de la aplicación de WhatsApp, lo

que pudo repercutir en los resultados.

Sugerencias

Es necesario establecer estudios de tipo aplicativo con programas psicoeducativos para que quienes sospechen que están pasando o manifestando alguna de las indicaciones ya descritas, visite a un profesional de la salud mental. Sea un psicólogo o un médico psiquiatra, quienes son los profesionales idóneos para abordar padecimientos de esta índole. Cuando un psicólogo sospecha que su paciente requiere de atención médica, podría ser negligencia de su parte no recomendarlo, así mismo, cuando un psiquiatra sospeche que un paciente requiere atención psicológica, podría ser una falta de ética no recomendar un tratamiento psicológico.

Aunque los estudios indican que técnicas anteriormente mencionadas son muy útiles para prevenir las recaídas, aún faltan en la literatura estudios que verifiquen el sostenimiento de la desaparición de los síntomas a lo largo del tiempo.

Es frecuente que la depresión sea comórbida con otra enfermedad mental, siendo causa o consecuencia de la asociación de padecimientos, entre los principales trastornos psicológicos y psiquiátricos asociados se encuentran la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias con potencial adictivo (Martínez, et al. 2017), el primero se relaciona por todo lo que ya se ha explicado del estrés cotidiano, la soledad y la falta de control emocional, mientras que el segundo, es más frecuente entre adolescentes, que por su estado de ánimo voluble, poco control de impulsos, falta de motivaciones y poca tolerancia a la frustración, son propensos al consumo de sustancias como la marihuana y el alcohol. Lo anterior sin duda, puede agravar la situación de quien padece depresión.

No hay que esperar a que la tristeza como una emoción básica y necesaria, se convierta en una depresión, consuma nuestra vida y afecte a los que nos rodean y aprecian.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (2015). *Trastornos Depresivos. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM V*. Masson.
- Beyebach, M., y de Vega, M. H. (2016). *200 Tareas en terapia breve: 2a edición*. Herder Editorial.
- Blázquez, B. H. (2021). *Técnicas estadísticas de investigación social*. Ediciones Díaz de Santos.

- Carrascoza Venegas, C. A., y Echeverría San Vicente, L. (2020). Terapias cognitivas conductuales en México. México. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala.
- de Helsinki, D., y la World Medical Association. (1975). Declaración de Helsinki. *Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Tokio-Japón: Asociación Médica Mundial.*
- De los Santos, P. y Carmona, S. (2020) Prevalencia de depresión en hombres y mujeres en México y factores de riesgo. *Población y salud en Mesoamérica*. 15 (2) 1-23 <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 1 de Diciembre de 2015. Recuperado de <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
- Encuesta internacional de salud mental (2018). México. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Fullana, A., Fernández, L., Bulbena, A. y Toro, J. (2011) Eficacia de la terapia cognitiva conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*. xx 1-5. <http://doi:10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- Galindo, O., Ramírez, M., Costas, R., Mendoza, L., Calderillo, G. y Meneses, A. (2020) Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Revista Médica de México*. 156 (4) 298-305. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7725297>
- González, A. W., y Torija, C. S. T. (2021) Redes de Apoyo para la Salud Mental. *centro de apoyo y orientación para estudiantes*. E.U. Departamento de Educación de EE UU. <https://www2.ed.gov/documents/students/apoyo-a-las-necesidades-sociales-emocionales-conductuales-y-de-salud-mental-de-ninos-y-estudiantes.pdf>
- González D., A., Reséndiz R., A. y Reyes L., I (2015). Adaptation of the BDI-II in México. *Salud Mental*, 38(4), 237-244. Doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.033
- Hollon SD, Shelton R, Davis D. (1993) Cognitive therapy for depression: Conceptual issues and clinical efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61, 270-75.

- Hankin, B. L. (2010). Personality and depressive symptoms: Stress generation and cognitive vulnerabilities to depression in a prospective daily diary study. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(4), 369-401. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.4.369>
- Herrera, I. (2021). *Neuropsicología de la depresión*. En Villa, M., Navarro, M. y Villaseñor T. *Neuropsicología clínica hospitalaria*. (pp. 283-997) México. Manual Moderno.
- Hornstein, L. (2018). *Las Depresiones: Afectos y Humores del Vivir*. Paidós.
- Illescas, R. (2020). *Trastorno depresivo mayor. Manual de actualización*. México. Mundo médico.
- Hopko DR, Lejuez C, Ruggiero K, et al. (2003) Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clin Psychol Rev. 23*, 699 – 717.
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (2020). *Pasión y razón: La comprensión de nuestras emociones*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- López Chamón S. (2022). Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales. *Medicina Familiar Semergen.32* (2), 11-5 <https://medes.com/publication/63754>
- López-Echeverri, Y., Cardona.Londoño, K., García-Aguirre, J. y Orrego-Cardozo, M. (2021) Efectos de los Polimorfismos del Transportador y de los Receptores de Serotonina en la Depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.07.006*
- Luna-Padilla, J. A., Guzmán-Cortés, J. A., Villalva, Á. F., & Betancourt, J. S. (2022). Comparación de los niveles de ansiedad y depresión en los estados de Hidalgo, México y Baja California durante la pandemia de COVID-19. *Psicología y Salud, 32*(2), 305-312.
- Mujica, F., Inostroza, C., y Orellana, N. (2018). Educar las emociones con un sentido pedagógico: Un aporte a la justicia social. *Revista Internacional de Educación Para La Justicia Social (RIEJS)*, 1-55.
- Nazar, G., Ulloa, N., Martínez-Sanguinetti, A., Petermann-Rocha, X., Concha-Cisternas, Y., Troncoso, C., Mardones, L., Villagran, M. y Celis-Morales, C. (2020) Diagnóstico

- médico de depresión se asocia a sospecha de deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Médica Chile*. 148: 947-955. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000700947>
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos congitivoconductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Ojeda-Torres, D., González-González, C., Cambero-González, E. G., Madrigal-De-León, E. A., González-Méndez, J. G., y Calderón-Rivera, D. (2020). Prevalencia de los Trastornos Mentales y la infraestructura en Salud Mental en el Estado de Jalisco. *Salud Jalisco*, 6(Esp), 6-15.
- Orbeta, C. T., y Bonhomme, A. (2019). Educación y emociones: coordinadas para una teoría vygotskiana de los afectos. *Psicología Escolar e Educativa*, 23.
- Ortega, M., Kendzierski, M. & Rubio, M. (2015). Intervención Conductual en un Caso de Bajo Estado de Ánimo. *Revista Psicoterapia*, 26 (102), 175-188.
- Perales, A., Sánchez, E., Barahona, L., Oliveros, M., Bravo, E., Aguilar, W., ... & Padilla, A. (2019, January). Prevalencia y factores asociados a conducta suicida en estudiantes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 80, No. 1, pp. 28-33). UNMSM. Facultad de Medicina.
- Prieto-Molinari, D., Aguirre, G., Pierola, I., Victoria-de Bona, G., Merea, L., Lazarte C., Uribe-Bravo, K. y Zegarra, A. (2020) Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología*. 26 (2) 1-14 <http://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2020.v26n2.09>
- Ros, C. C., y Arqueros, M. X. (2018). Poner el cuerpo: emociones, saber profesional y militancia en la extensión rural. *RevIISE-Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 15-28.
- Suárez, N. P. C., & Suárez, C. L. C. (2019). *Manual de intervenciones cognitivo-conductuales aplicadas a enfermedades crónicas*. Manual Moderno.
- Supo, J. (2020) *Metodología de la Investigación Científica para las Ciencias Sociales y de la Salud* (3a Ed). México. Sincie.

World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2007
[citado 1 Abr 2018]. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/