



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPRESIÓN: INTERVENCIONES INNOVADORAS

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

ANA PAULA CHÁVEZ CARRILLO

LIMA – PERÚ

2020

MIEMBROS DEL JURADO

MG. MARIA ELENA APUMAYTA ROSAS

Presidente

LIC. MARIA LUISA GIRÓN VARGAS

Vocal

LIC. JORGE MANUEL MENDOZA CASTILLO

Secretario

REVISORES DEL TRABAJO

MG. MARIA ELENA APUMAYTA ROSAS

LIC. MARIA LUISA GIRÓN VARGAS

LIC. JORGE MANUEL MENDOZA CASTILLO

DEDICATORIA

A Ana Paula de 14 años, porque gracias a su enorme valentía hoy estoy aquí.

A mamá, por abrazarme en la incertidumbre y la dificultad, e inspirarme a vivir.

A papá, por sostenerme y enseñarme a ser íntegra, comprometida y responsable en lo que hago.

A Majito, por acompañarme en la vida con su ejemplo sincero y humano.

A Ale, Nicky, Chris y Sandrita por ser luz en mi vida y permitirme ser auténticamente yo.

A Ligia, por guiarme con firmeza y sensibilidad en lo que me ha tocado atravesar.

A Princesa, por mostrarme el amor incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Claudia que supo orientarme con alegría y tranquilidad en este trabajo cuando más lo necesitaba.

Gracias a mis pacientes por elegirme, y permitirme conocer sus historias y vulnerabilidad. Me mantuvieron encaminada en este proceso; y me permitieron ver más allá de los diagnósticos.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	DESARROLLO DEL CONTENIDO	4
2.1.	Delimitación del problema o tema para el estado del arte.....	4
2.2.	Revisión de modelos psicológicos de la prevención, evaluación e intervención de la Depresión	9
2.2.1.	Prevenición de la Depresión	9
2.2.2.	Evaluación de la Depresión	15
2.2.3.	Intervención de la Depresión.....	20
2.2.3.1.	Modelo Psicodinámico.....	26
2.2.3.2.	Modelo Cognitivo Conductual.....	31
2.2.3.2.1.	Modelos de Tercera Generación.....	37
2.3.	Revisión de estudios desde diferentes perspectivas teóricas y de intervención de la Depresión	39
2.4.	Estudios de investigación que revisan el tema en los últimos 5 años a nivel nacional e internacional.....	46
III.	RESULTADOS	69
3.1.	Discusión del tema	69
3.2.	Aportes en base al análisis crítico	78

3.3.	Conclusiones.....	83
3.4.	Recomendaciones desde una visión psicológica	84
3.5.	Recomendaciones desde una visión multidisciplinaria	85
IV.	REFERENCIAS	87

ANEXOS

Anexo A: Fichas Bibliográficas

RESUMEN

La depresión representa un trastorno mental ampliamente estudiado en el campo de la psicología desde su prevención, evaluación, e intervención. Sin embargo, al día de hoy las estadísticas continúan reportando una alta tasa de recaídas de este trastorno que los tratamientos basados en evidencia no pueden prevenir en su totalidad. Existe, además, un panorama preocupante caracterizado por el estigma social y escaso acceso a atención de salud que atraviesan los afectados. Por esta razón, los investigadores clínicos continúan trabajando en estudios que permitan desarrollar intervenciones cada vez más novedosas considerando el progreso y evolución de la humanidad y sus herramientas; así como eficaces, rentables y accesibles para todo el que las necesite. Este estudio presenta un estado del arte acerca de la conceptualización de la depresión, así como de las intervenciones recomendadas como son la Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Interpersonal o Farmacoterapia, para luego hacer un especial énfasis en propuestas innovadoras como la modalidad e-mental health y las intervenciones terapéuticas de tercera generación y desde la psicología positiva, las cuales buscan obtener reconocimiento como tratamientos psicológicos eficaces. Finalmente, se realiza una discusión y análisis crítico de lo encontrado en la literatura, rescatando las oportunidades y cuestionando los desafíos que trae consigo cada planteamiento innovador; y sentando las bases de una nueva línea de investigación y práctica clínica psicológica para lo cual se ofrecen recomendaciones que optimicen el estudio. Esperando, de esta manera, responder a la problemática descrita desde un enfoque centrado en el bienestar psicológico del paciente.

Palabras clave: Depresión, Intervenciones Innovadoras, E-Mental Health, Psicoterapia Positiva, Mindfulness, Activación Conductual, Aceptación y Compromiso

ABSTRACT

Depression is a widely studied mental illness in terms of its prevention, assessment, and intervention strategies. However, current statistics still report a high rate of relapse of this disorder that evidence-based treatments cannot completely prevent. There is also a worrying picture characterized by social stigma and poor access to health care for those affected go through. Hence, clinical researchers are still conducting research to develop innovative interventions according to the progress and evolution of humanity and its tools; as well as effective, profitable and accessible for everyone who needs them. This study presents a state of the art regarding conceptualization of depression, as well as the recommended interventions, such as Cognitive-Behavioral Therapy, Interpersonal Therapy or Pharmacotherapy, and then goes on to outline innovative proposals such as the e-mental health modality and therapeutic interventions of third-generation and from positive psychology, which seek to obtain recognition as effective mental-health treatments. Finally, the literature is discussed and critically analyzed, in order to highlight the opportunities and question the challenges that each innovative approach brings; while also setting the basis for a new line of research and practice in clinical psychology for which recommendations to optimize the study are offered. Hoping, in this way, to give a solution to the problem described from an approach focused on the psychological well-being of the patient.

Keywords: Depression, Innovative Interventions, E-Mental Health, Positive Psychotherapy, Mindfulness, Behavioral Activation, Acceptance and Commitment

I. INTRODUCCIÓN

La depresión, tema central de este estudio, es considerada hoy un problema de salud pública que, acorde a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) afecta actualmente a más de 300 millones de personas a nivel mundial, representando la primera causa de discapacidad y debido a su principal riesgo: el suicidio, aporta a la carga de morbilidad mundial. La OMS (2017) señaló además que la depresión es considerada el primer factor de pérdida y deterioro de la salud a nivel global.

La necesidad de intervenciones innovadoras surge a partir del deterioro que este trastorno continúa generando en quienes lo padecen, siendo notables los costos a nivel social, familiar, laboral y económico; representando entre un 25% y 34% de años perdidos por discapacidad (Torres, 2018). Así, la OMS (2020) y también Torres (2018) señalaron que cuando una depresión se encuentra en continuo incremento en intensidad y duración en sus episodios, el individuo afectado se enfrenta a mayor dolor y problemas en su funcionalidad en diferentes esferas de su vida, lo que conlleva consecuencias económicas, sociales y de salud, además de estar presente el potencial riesgo de suicidio. Desde 2002, el estudio de Segal, Williams & Teasdale vislumbraba una falla en el campo clínico psicológico: las personas que ya habían pasado por tratamiento con terapias previamente evidenciadas, continuaban manifestando nuevos episodios depresivos, es decir, la enfermedad se prolonga.

Añadiendo a la problemática, no todos los afectados tienen acceso a tratamiento, y si lo reciben no es el adecuado o no hay un seguimiento asegurado al mismo. Esto lo demuestra el Ministerio de la Salud (MINSa, 2018) que describe el panorama de estigmatización que impide el acceso temprano y pertinente de diversos grupos. Ocasionando de este modo un problema serio personas crónicamente enfermas a nivel mental, en estado de discapacidad y deterioro en su funcionamiento que requieren de atenciones accesibles y eficaces. Y a esto se

le añade la centralización de los servicios de salud mental. Asimismo, Morales (2017), representante de la OMS, refuerza esta idea indicando que la mitad de personas con el trastorno y en ciertos lugares el 90% no está siendo atendida. Además, señala respecto al estigma, el trabajo mediante campañas para lograr la aceptación social de la enfermedad conllevará a que más personas se sinceren con sus situaciones y puedan demandar el apoyo que desde la vergüenza y obstáculos que encuentran no piden.

Dicho todo esto, para analizar este panorama es primordial atender a lo que se ha venido realizando en el tiempo para su conceptualización, comprensión y tratamiento con el fin de que las estadísticas de recuperación vayan cambiando. Es por ello que el objetivo de este estudio es hablar sobre la depresión desde un enfoque innovador, abarcando lo que en la investigación psicológica y psiquiátrica se ha ido descubriendo y afirmando. Partiendo de lo que comúnmente se hace para este problema, y sus limitaciones, que llevan a buscar intervenciones más accesibles, efectivas, y acorde al avance y evolución de la humanidad.

Primero se revisan los modelos que son utilizados en términos de evaluación, intervención y prevención de la depresión según guías de intervención internacional y práctica clínica (IETSI, 2019; MINSA, 2008; MINSA, 2013; OMS, 2010; Vargas et al., 2019; ONU, 2013; ONU, 2015) que se desarrollarán en los siguientes apartados. En segundo lugar se evalúan las perspectivas teóricas y de intervención en depresión, comentando sobre las diversas teorías que cronológicamente han conceptualizado y tratado este trastorno, cada una desde una distinta óptica que ha permitido una mayor comprensión y entendimiento. Luego se procede a comentar estudios que comprendan intervenciones psicológicas innovadoras y novedosas, que en realidad han comenzado a ser desarrolladas hace relativamente poco tiempo, por lo cual se ha intentado presentar revisiones sistemáticas y meta-análisis que permitan identificar la eficacia de las mismas y lo que aún falta revisar y potenciar para lograr mejores resultados terapéuticos.

En último lugar, se continúa con un análisis crítico de lo encontrado en la actualidad, desde la propia iniciativa de un modelo de intervención más integrativo, y de fácil acceso para quienes no tienen las mismas posibilidades de ser atendidos en salud mental. Se proponen conclusiones, y recomendaciones desde la vista psicológica, y también multidisciplinaria, para lograr y mantener un trabajo futuro en conjunto.

Este estudio refuerza esta nueva línea de investigación que busque unificar modelos, buscar modos de intervención para y por todos; y la necesidad, evidente, de seguir apostando científicamente por tratamientos psicológicos que pasen de fase inicial a ser implementados en el sistema de salud público y privado.

II. DESARROLLO DEL CONTENIDO

2.1. Delimitación del problema o tema para el estado del arte

Para comenzar a revisar el tema objetivo de este estudio, es pertinente mencionar el concepto de depresión; el cual según la OMS (2020) es un trastorno mental cuyas principales características son tristeza profunda, disminución del interés o capacidad de disfrute, presencia de cansancio o disminución de energía que viene acompañado de sentimientos de baja autovalía, autocríticos y de culpa. La depresión también puede implicar la aparición de síntomas somáticos como problemas de sueño y de apetito; afectando así el funcionamiento de la persona en su vida diaria, a nivel laboral, social o interpersonal. Su etiología parte de diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, motivo por el cual se la estudia desde una perspectiva no reduccionista y holística.

Tomando en consideración la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 2008) la depresión se puede observar en la población bajo distintas categorías o etiquetas diagnósticas que dependerán de la intensidad, cantidad y duración de la sintomatología del cuadro clínico así como afectación de la funcionalidad del paciente. Así, se encuentra que pueden existir episodios depresivos leves, moderados o graves que suelen aparecer durante al menos dos semanas; por otro lado, cuando estos episodios se repiten frecuentemente se puede tratar de un trastorno depresivo recurrente que también solía ser llamada depresión mayor. También se presenta otra forma de este trastorno llamado distimia, que es considerado un estado de tristeza prolongado, con episodios no muy intensos pero sí con mayor duración, como una depresión leve que se cronifica. En el caso de episodios depresivos graves, señalan, pueden presentarse la ideación y tentativa suicida, con un alto riesgo de consumación. Esto último resulta preocupante,

debido a que el suicidio representa la segunda causa de muerte en adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años, habiendo casi 800,000 tentativas suicidas al año. Esta relación depresión-suicidio y estadísticas refuerzan la idea de la importancia de la identificación e intervención temprana y efectiva en personas en riesgo.

El Ministerio de Salud en su “Plan Nacional de Fortalecimientos de Servicios de Salud Mental” (MINSa, 2018) plantea que el problema de salud mental que ocasiona mayor carga de enfermedad es la depresión unipolar, causando casi 8 años de años de vida saludables perdidos, sobre todo cuando esta es moderada y grave por la discapacidad generada en el funcionamiento del individuo. Informan, además, que esto va asociado con déficit sociales importantes tales como ingresos económicos bajos, insuficiente atención sanitaria o educación, desempleo. Existe una importante brecha en atención en salud mental, un 73.9% de pacientes con depresión en Latinoamérica y Caribe; cifra que es superada en Perú en donde 2 de cada 10 personas con morbilidad por enfermedad mental reciben atención, con una brecha de entre 69% en Lima ciudad hasta 93% en Lima rural (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi [INSM], 2012). Incluso quienes lo reciben no tiene garantías de recuperación ni seguimiento. Este instituto describe que las cuatro principales razones de pobre acceso a salud mental son: escasos servicios disponibles, centralización de profesionales, falta de detección e intervención oportuna y temprana e inversión muy deficiente en salud mental.

Del informe del MINSa (2018) “Lineamientos de política sectorial en salud mental” también resulta urgente recalcar una deficiencia que engloban a este problema y afirman que muchas personas que atraviesan trastornos mentales no reciben tratamiento pese a la existencia del mismo. La invisibilización de ciertos grupos y comunidades debido a su orientación sexual (LGBTQI+), etnia, discapacidad, género, situación geográfica,

vulnerabilidad socioeconómica, edad y otras en atención para la salud mental; todo lo cual los aleja de obtener un seguro tratamiento eficaz y seguimiento. Estas personas se encuentran en mayor estado de vulnerabilidad por el juicio social sobre ellos, y la falta de recursos disponibles para que se recuperen. Por lo tanto, gran parte de la población no está siendo atendida por diversas barreras que hace falta aún tratar. Esto hace aún más necesaria la puesta en práctica de intervenciones distintas y novedosas para acercar la atención a estos grupos que de igual manera que todos tienen derecho a la salud. Porque, como es mencionado en este documento, todo esto es retroalimentado, por una parte los afectados no manejan información sobre las enfermedades mentales, el estigma refuerza las ideas erróneas sobre estas; y por otro lado, el sistema de salud al no estar brindando una atención de calidad genera mayor desconfianza en el usuario, es decir, el cambio debe darse por ambos lados. Para luchar contra estas barreras serán necesarias muchas reformas, comenzando por el enfoque de salud mental en género, intercultural e interseccional que permita atender a las necesidades propias de los grupos vulnerables mencionados.

Irrázaval, Prieto y Armijo (2016) brindan luz a una problemática importante: si bien a raíz del aumento de las enfermedades mentales a nivel mundial se han propuesto y ejecutado diversas acciones para el tratamiento, constituye un reto necesario en el mundo buscar técnicas novedosas que permitan una intervención temprana a través de programas que integren a las diversas poblaciones. Esto como último logro tendrá disminuir la prevalencia de estos problemas y sus implicancias, así como en un primer momento las enfermedades infecciosas físicas se supieron manejar y tratar adecuadamente. Los autores proponen, de esta forma, un acercamiento con enfoque que no considere como centro la aproximación farmacológica, sino que también trabaje en lo posible en la prevención.

Dentro de las intervenciones revisadas, existe una preferencia desde hace años de una combinación de psicoterapia y farmacoterapia para las personas que padecen este trastorno. De de las psicoterapias se ha encontrado principalmente la cognitivo conductual como tratamiento de elección. No obstante, también Morales (2017) citado líneas arriba, declara que existe ahora la obligación de los sistemas de salud de continuar optimizando la ayuda profesional como tratamientos, lo cual representa un fuerte desafío en cuanto a manejar presupuesto, profesionales calificados, realizar campañas, luchar contra el estigma social del trastorno, y optar por intervenciones individualizadas y acorde al avance de la humanidad también.

El tema del presente estudio: intervenciones innovadoras en depresión, marca la pauta para una línea de investigación que, si bien en poca medida, se viene haciendo desde hace un tiempo. Estudiar y desarrollar intervenciones nuevas, o modificadas de las pre-existentes podría responder a las altas tasas de recaídas post-tratamiento, como el estudio longitudinal de Mueller et al. (1999) demostró en su momento, donde de las personas que recibieron ayuda para este trastorno hasta el 85% podría percibir en su camino durante 15 años al menos una recaída. La recaída es considerada como una manifestación repetida del trastorno en forma de un nuevo episodio, reagudizado del cuadro clínico luego de 6 meses de haber logrado remisión (López, 2016). Las estadísticas de recurrencias, desde 1997 con el estudio de Hammen, representaban entre 50% en el primer año y hasta 75% en los siguientes cinco años. Por otro lado, entre un 60-80% de las depresiones puede esperar un nuevo episodio futuro. Si el paciente no logró remisión en dos años habrá más posibilidad de que recaiga, 20% de los afectados cronifica la enfermedad convirtiéndose en un trastorno recurrente (Spadone, 2004). Un 15% de los pacientes que reciben tratamiento combinado pueden progresar hacia un trastorno crónico de depresión (Vourilehto, Melartin, & Isometsa, 2005). Respecto a ello, Sanz (2017) señala que existe todavía poca información, es decir,

pocos estudios que permitan conocer los efectos de prevención de recaídas de los tratamientos actualmente realizados para la depresión. Asimismo, por un lado, no existe evidencia suficiente que sustente que las terapias basadas en evidencia como son la cognitivo conductual o interpersonal logren la recuperación a largo plazo de los pacientes (Karyotaki et al., 2016; National Health Service, 2016); y ninguna teoría que explique en su totalidad el fenómeno de la recaída depresiva, tan solo limitados estudios, lo cual indica que es necesario conocer detalladamente acerca de los factores asociados para trabajar a partir de ellos en la disminución de recurrencias (Brouwer et al., 2019).

Añadiendo a esto, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2013) reportó que un 50% de personas atendidas pueden recaer, y el porcentaje de recaídas aumenta conforme el número de estas, a un 60% si se experimenta un primer episodio habrá otro, un 70% al experimentar el segundo pueden esperar un tercero, y el 90% desde este vivenciarán un cuarto episodio. Siendo la evolución esperada de un trastorno depresivo que los síntomas remitan y sobre todo que la persona retorne a su estado funcional, la literatura indica que es muy común que surjan los síntomas residuales de la depresión, los cuales se encuentran asociados como predictores a un alto riesgo de recaídas (Flores, Terán & González, 2014). Lo cual quiere decir que las intervenciones brindadas, considerando el panorama completo, requieren ser aún más eficaces y accesibles. El problema de no remitir por completo un trastorno está asociado a las comorbilidades psiquiátricas y orgánicas, a la carga que esto implica a nivel de funcionalidad y economía también que previamente fue descrito.

Dentro de los estudios de intervenciones novedosas en depresión, se han abordado las poblaciones infanto-juvenil, adultos y adulto mayor de igual manera, y en algunos sin especificación debido a que se está comenzando a recolectar evidencia científica aún por población. Por ello, no se ha considerado delimitarlo a cierto grupo sino abordar las

intervenciones que a nivel universal se han estado haciendo y las que se están haciendo un espacio en la práctica clínica.

Habiendo descrito el panorama respecto a la depresión y las diversas problemáticas como son las recaídas, escaso acceso a atención, estigma, discapacidad, entre otros; este estudio tiene el objetivo de desarrollar las intervenciones innovadoras que podrían dar respuesta a ello, buscando priorizar al paciente y su bienestar psicológico.

2.2. Revisión de modelos psicológicos de la prevención, evaluación e intervención de la Depresión

Dentro de este apartado se revisarán los diversos modelos aplicados a: prevención, evaluación e intervención en depresión con el fin de analizar el estado actual del abordaje a este problema de salud mental.

2.2.1. Prevención de la Depresión

Los modelos enfocados en prevención que se abordarán han sido preparados principalmente en población infantil y adolescente, dada la importancia de comenzar a psicoeducar y entrenar emocionalmente desde tal edad, donde el aprendizaje se consolidará para tener adultos sanos.

En Perú, como se mencionó líneas arriba existe la Guía de práctica clínica (IETSI, 2019) que considera posible prevenir la aparición de la depresión en la atención primaria, siendo sus beneficios evitar que los individuos tengan complicaciones o discapacidades, generando ahorros a nivel económico, también. La prevención, indican, estaría centrada en modificar patrones de comportamiento, manejo de emociones y pensamientos; y debido a la complejidad

de ello, requeriría que el personal se capacite para tener recursos y realizarlo. Las intervenciones preventivas serían terapia cognitivo conductual, solución de problemas, desarrollo de resiliencia todo a través de modalidades diversas como serían charlas; e intervenciones como psicoeducación sobre depresión, estrategias para cuidadores que podrían hacerse a través de medios. Este tipo de ayuda debería brindarse a todos, pero en especial a individuos como adultos mayores, mujeres embarazadas, personas enfermas o personas que no han sido diagnosticadas pero poseen ciertos síntomas depresivos.

Sánchez-Hernández, Méndez y Garber (2014) explican en su revisión de diversos meta-análisis las diversas maneras en que los programas preventivos han llevado a cabo el trabajo, en específico en población infantil-adolescente. Señalan que los métodos preventivos abordan, en general: reestructuración cognitiva, solución de problemas, ejercicios de relajación, entrenamiento en habilidades interpersonales y de comunicación. Comprenden de 8 a 11 sesiones y su población oscila entre 8 a 17 años de edad. Algunos descubrimientos en su revisión:

- Las prevenciones con mayor efectividad son las dirigidas, con una muestra específica y que presente el trastorno y factores de riesgo.
- Hace falta mayor investigación en prevención universal, es decir, aquellos programas que apunten a mayor número de participantes y, por lo tanto, resultados más significativos.
- La psicología positiva propone la incorporación de evaluación de aspectos positivos, y no únicamente negativos.
- La prevención debe tener carácter multicomponente, especialmente considerando aquellos aspectos que han probado ser más efectivos. Hace falta, comentan, analizar el

verdadero efecto de las técnicas utilizadas, otras habilidades distintas que puedan aprenderse en el proceso y posibles variables sociodemográficas influyentes.

- Se postula la tecnología como excelente manera novedosa de lograr la finalidad de prevención de sintomatología depresiva y promoción del bienestar psicológico.
- La prevención podría abordarse, a la vez, desde diversas disciplinas, ya que menor sintomatología depresiva ha sido asociada a variables como actividad física y adecuada alimentación así como estilo de vida balanceado y sano.

Los autores mencionados abogan por un enfoque holístico, que busque también promover resiliencia y variables saludables, así como entrenamiento en habilidades, y que considere el aspecto social y cultural de quienes participan de programas. Estas acciones tendrían resultados a nivel individual y comunitario en cuanto a salud, pero también a nivel de ahorro económico considerando el costo de tratamiento de la depresión.

Hetrick et al. (2016) realizaron una revisión sistemática para evaluar los efectos preventivos que tuvieron los modelos de psicoterapia basados en evidencia como cognitivo conductual, interpersonal y tercera generación. Revisaron 83 estudios, que contemplaban población de 0 a 19 años, sin diagnóstico de depresión; estos se daban en distintos ámbitos ya sea educativo, clínico o comunitario. Los autores concluyen en que el beneficio de las intervenciones desde estos modelos son pequeños pero positivos para los síntomas que los sujetos narraban y para su estado emocional en el año posterior. Además, no consideran que exista evidencia que soporte la implementación de estos programas preventivos, antes de resolver algunas limitaciones como tomar en cuenta grupos control con placebo, y grupos de jóvenes con sintomatología inicial. Admiten que los estudios deben estudiar la prevención del diagnóstico a largo plazo, pero también evaluar posibles daños o costos colaterales.

La única intervención encontrada eficaz para el comportamiento suicida es la propuesta de la terapia dialéctico conductual a través de la incorporación de técnicas conductuales, de regulación emocional y basadas en mindfulness (DeCou, Comtois & Landes, 2019). Campo-Arias y Suárez-Colorado (2019) comentan sobre el suicidio, que no hay una exacta causa prevenible a la cual se puede enfocar una estrategia, debido a que un suicidio consumado es producto de diversos factores. No obstante, los métodos comúnmente usados a nivel universal y como políticas de salud, aunque lamentablemente no siempre son puestos en práctica, son los siguientes: restricción de métodos de posible uso, programas escolares, tratamiento psicológico y de fármacos si se detecta depresión, acceso a la atención en salud. Sin embargo, hacen falta mayores investigaciones así como capacitación de profesionales de atención primaria para que puedan detectar casos de alto riesgo, desarrollo de intervenciones telefónicas o por web, y que a nivel público casos de suicidio sean tratados con la debida medida.

En esta misma línea, Soto-Sanz et al. (2019) realizaron una revisión sistemática de 37 estudios que midieron la eficacia de programas preventivos del suicidio en población de 0 a 20 años. La recopilación consideró estudios hasta el año 2018, realizados en cualquier ámbito de actuación y a nivel internacional. Los resultados arrojaron que no existen estudios que evalúen precisamente el efecto en la reducción del riesgo suicida de estos programas; además, tampoco se brinda prevención en niños menores de 11 años, los autores consideran que sí debería haber psicoeducación en salud mental puesto que es el inicio de la pubertad una etapa crítica psicológicamente. Todos los programas consideran la intervención en el ámbito de escuela, con la participación de los padres. No encontraron más que dos estudios válidos en español, lo cual atribuyen a un problema de estigma social y la falta de respuesta a un trabajo que es urgente. Concluyen en que los programas futuros debieran basarse en factores de riesgo y de protección, además de lograr un plan nacional de prevención en las comunidades.

Por otro lado, acorde a los investigadores Irarrázaval, Prieto y Armijo (2016), existen estudios experimentales que han podido mostrar la efectividad de intervenciones preventivas para evitar que se originen enfermedades como la depresión. Afirman su desarrollo responde a la interacción entre diversos factores de riesgo, disminuida presencia de factores de protección y eventos de vida llevando a las personas a ser más vulnerables. Es por esta razón que los programas de prevención han estado enfocados en luchar por minimizar el riesgo y maximizar la protección, especialmente optando por el desarrollo aptitudes particulares que se den en períodos críticos del ciclo de vida.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015), al establecer los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) confirmaron mundialmente en su compromiso dentro del objetivo Salud y Bienestar, la meta de reducir un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover salud mental, influyendo también en los objetivos de los sistemas de salud alrededor del mundo. Así, su Plan de acción de salud mental (ONU, 2013) integra la posibilidad de llevar a cabo herramientas preventivo promocionales de manera temprana a nivel comunitario, con mayor énfasis en población joven, y aún más relevante, con alto riesgo de suicidio. Concluyendo y dentro del marco de lo relatado, los autores proponen intervenciones que tengan como meta final una población empoderada respecto a todos los factores que determinan sus problemas de salud mental o su bienestar psicológico.

Desde 2017, Sandoval-Ato, Vilela-Estrada y Gálvez-Olórtegui resaltan a la población adolescente, entre 15 y 24 años, como la elegida para comenzar estas acciones de prevención debido a la vulnerabilidad en la que se encuentran y diversos estresores que atraviesan. Mencionan que a nivel mundial países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Chile, México, Colombia y España cuentan con guías clínicas y centros especializados a los que se refieren casos delicados en estado depresivo y posible ideación suicida, y se busca la detección

e intervención temprana. Los resultados que comentan van en tres principales metas: reducir suicidios, detección oportuna y reducir riesgo de suicidio. Es importante recalcar que en Perú, la Guía de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría (2008) no aborda estrategias de prevención en esta población, ni en temas de depresión y riesgo suicida; lo cual resulta alarmante y eleva la necesidad de contar con instrumentos, guías, pautas de abordaje en prevención que sean efectivos y adecuados al contexto peruano.

Desde otra mirada, Gómez-Juanes, Roca, Gili, García-Campayo y García-Toro (2017) postulan como importante factor protector de la depresión a la modificación hacia un estilo de vida saludable, resaltando la importancia de volver a potenciarlo debido a que la psicoterapia y psicofármacos no permiten necesariamente llevar a una remisión total. Apuestan por un llamado estilo de vida mediterráneo, debido a que en los países alrededor disminuyeron las tasas de enfermedades no transmisibles que incluían la depresión (Hidaka, 2012) y se encontró una asociación entre estos males con la forma en la que llevaban su forma de vida, alimentación y hábitos (Sánchez-Villegas, & Marti, 2009).

Los autores describen y promueven un programa que contempla cuatro áreas de estilo de vida especificado para este trastorno: dieta mediterránea, actividad física, patrones adecuados de sueño y exposición al sol; añaden que, para lograr la adherencia a estos planes es necesario: el manejo de estrés laboral y conformar una red de apoyo. Al afectar la depresión todos estos hábitos saludables, una aproximación desde los mismos podría llevar a efectos positivos que no permitan que empeore; y, sobre todo, fortalecería estos factores protectores evitando que inicien los estados y disminuyendo su incidencia. Si bien algunas instituciones son mencionadas con programas saludables, hace falta mayor investigación en este campo para observar efectividad, lo cual requerirá de supervisar a los pacientes y motivarlos continuamente hacia estos cambios.

2.2.2. Evaluación de la Depresión

La evaluación, y en especial el tamizaje de la depresión en atención primaria en Perú ha sido discutido por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación de EsSalud (IETSI, 2019), cuyo comité, en base a la revisión de diversos estudios propone una guía de práctica clínica (GPC). Esta revela la importancia de detectar casos tempranamente, dado que permite la oportunidad de evitar que el trastorno progrese, aún más en individuos en riesgo y podría generar ahorros en cuanto se lograra reestablecer el funcionamiento del paciente. Estos serían grupos importantes como adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas y mujeres embarazadas. La utilización del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) sería adecuada, considerando el puntaje de 10 a 14 como episodio depresivo leve, 15 a 19 moderado y 20 a 27 severo; añadiendo el uso de los manuales diagnósticos DSM y CIE para confirmar el diagnóstico. Luego de ello el tamizaje pasa a distinguir depresión bipolar de unipolar, para decidir el camino terapéutico. El manejo del trastorno que se encuentre sería terapéutico (depresiones leves) o farmacológico (depresiones moderadas y severas). Y en caso se encontrara un puntaje que no refiere la existencia de la enfermedad, proponen atender de manera preventiva en base a la terapia cognitivo conductual.

Asimismo, también en el contexto peruano existe la Guía de práctica clínica en depresión del MINSA (2008) que involucran en la evaluación los criterios del CIE-10 ya mencionados, considerando dos semanas de duración para establecerse un episodio como tal. Señalan que hay que realizar una evaluación completa que contemple también síntomas somáticos, físicos u otros psiquiátricos para establecer un diagnóstico preciso. Evaluar la funcionalidad del paciente a nivel social, laboral así como su nivel de angustia frente a situaciones estresantes es especialmente importante para distinguir un cuadro como la depresión, teniendo que tomarse en cuenta: antecedentes familiares, abuso de sustancias,

ideación suicida, episodios previos, redes de apoyo o su ausencia, presencia de otras enfermedades que agraven el episodio o que expliquen los síntomas de manera diferente. La escala psicométrica que mencionan es la Escala de depresión de Hamilton que permite identificar la gravedad del cuadro.

En la misma línea, el Instituto Nacional de Salud del MINSA (2013) trabajó una guía técnica de diagnóstico y tratamiento de depresión en adultos, en el que nuevamente reiteran el uso del manual diagnóstico para la evaluación. Añaden la utilización del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) mencionado líneas arriba como instrumento para el tamizaje que permita ver qué tan severo es el cuadro e ir observando el progreso del individuo. También se debe tomar en consideración situaciones de potencial peligro como el suicidio, así como cualquier comorbilidad física o mental presentada, debido a que de toda esa información se comenzará el manejo desde distintas aristas: psicoeducación, psicofármacos, psicoterapia, trabajo con grupo primario de apoyo, solución ante situaciones psicosociales estresantes.

Vásquez, Hernangómez, Hervás y Nieto (2006) mencionan los métodos mayormente utilizados en la práctica psicológica como entrevistas, cuestionarios auto y aplicados, registros, observación y pruebas psicométricas validadas como escalas y cuestionarios; la elección de las mismas será según el caso individual que cada paciente represente, y siempre estará basada en la hipótesis planteada por el profesional. Suele comprenderse la entrevista (estructurada y semiestructurada) y observación clínica para evaluar el aspecto cualitativo del diagnóstico, y la psicometría para evaluar lo cuantitativo.

Calvo-Gómez y Jaramillo-González (2015) realizaron una revisión sobre la detección del trastorno depresivo, en el cual comentan como principales instrumentos que colaboran en el establecimiento del diagnóstico: Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung (SDS), la Escala de Depresión (DEPS) entre otros que

evalúan también síntomas ansiógenos o son utilizados en determinados contextos como el hospitalario. Señalan además que son tests que usualmente pueden ser autocompletados en un corto tiempo. Instrumentos como la Escala de Pregunta Única (SQ) o Cuestionario de Salud del Paciente PRIME-MD son considerados herramientas de tamizaje, es decir, que dadas sus respuestas positivas se procede a una entrevista semiestructurada para definir o descartar la presencia del trastorno así como problemas funcionales presentes.

Los investigadores citados revisaron 49 estudios entre 1976 y 2013, en donde encontraron que los pacientes más jóvenes y con estados depresivos más leves y con quejas más físicas usualmente no son detectados por médicos de atención primaria, de los cuales 20% mantienen la sintomatología y no son tratados. Contrario a esto, los estudios demostraron que muchas personas que no tienen el trastorno atravesarían una intervención que no necesitan, y sobrepasan en número a quienes sí requieren la ayuda. Esto puede explicarse por el bajo valor del tamizaje en poder detectar depresión, y también recae en las habilidades blandas del personal de salud, que influirán mucho en su capacidad de brindar un espacio donde el paciente pueda expresar su malestar emocional y poder diagnosticarlo. Parece relevante concluir con los factores que asociaron estos autores a las deficiencias en detección: las expectativas de ayuda y habilidad para expresar emociones del paciente, la seriedad y normalidad con que los médicos asumen este problema, tiempos de consulta y seguimiento, y estigma social asociado a salud mental. Thompson et al. (2000) mencionaron que resultaba más efectivo establecer guías clínicas y contar con profesionales de la salud mental que capacitar a médicos, pero en ese caso el costo es más elevado.

De la Fuente-Tomás et al. (2018) realizaron una revisión de estudios sobre modelos de estadificación clínica, un instrumento de colaboración para diagnosticar y orientar la intervención en problemas mentales, que combina enfoques categorial y dimensional. En ese

sentido, esta propuesta significaría reconocer características comunes a todos quienes atraviesan depresión, a la vez que se diferencian en cuanto a su gravedad dividida en fases identificables como estadíos en un continuo. Los beneficios en esta manera de evaluar recaerían en el poder precisar el trastorno así como la opción terapéutica que se ajuste a cada individuo según su caso personal y momento de sintomatología. La necesidad de ser más específicos en la práctica clínica y de cara a ayuda al paciente ha llevado a desarrollar más este medio.

En su revisión, los autores comentan acerca de la estadificación clínica en la depresión, que solo uno de los estudios tenía validez empírica, el de Hetrick et al. (2008) validado por Verduijn et al. (2015) que toma en consideración 8 estadíos, 3 preclínicos y 5 de síntomas propios depresivos, y analiza la afectación a nivel cognitivo y de funcionalidad de quien la padece. Finalmente este modelo propuesto tendría propiedades predictivas de la depresión, en especial en cuando a la duración de los episodios más que la frecuencia de los mismos. No obstante, hace falta mayor evidencia que permita establecer modelos científicos para el campo clínico.

Moscoso (2014) revisó el progreso en la evaluación psicométrica de la depresión, como parte de establecer un diagnóstico. Este autor plantea que la conceptualización de depresión como un conjunto de síntomas debe cambiar por una que la considere como problema de salud epidemiológico. Además, considera que la psicometría debe también, al menos en lo que respecta a depresión, incluir emociones y modos de afrontar positivos como parte del modelo del estrés, tomando en cuenta personalidad y diferencias entre los pacientes. Esto, señala, debido a que algunas escalas breves y más simples como la de Hamilton producen sobrediagnóstico al solo considerar ausencia o presencia de síntomas para determinar una etiqueta diagnóstica. Por lo tanto el investigador propone analizar la depresión como un

episodio no funcional dentro del ciclo de la vida, sobre todo ante situaciones estresoras a las que los humanos son expuestos.

Dentro de este estudio, se inaugura la propuesta del Inventario Multicultural de la Depresión, Estado-Rasgo (IMUDER) de 24 ítems, correspondiendo la parte Estado a la severidad de la depresión y la parte Rasgo a la frecuencia en que se da. El modelo conceptual que propone indica que en un cuadro clínico de depresión co-existen las emociones positivas y negativas. El estudio reportó altos niveles de validez convergente y consistencia interna, apoyando la idea de que los rasgos cognitivos y afectivos de la personalidad son mediadores en la aparición de la depresión, así como la dinámica de relación negativa entre emociones negativas y positivas ante el estrés (mientras las primeras aumentan, las segundas disminuyen). Se recomendó ampliar los estudios desde esta perspectiva.

Finalmente, los autores Armenteros del Olmo y García-Portilla (2018) mencionan que a lo largo del proceso de la atención y evaluación continua a la depresión, estos son los estados para evaluar los avances: en primer lugar, el diagnóstico de depresión con todos los criterios de diagnóstico; luego la respuesta como reducción de síntomas, la remisión completa o parcial cuando quedan síntomas residuales y, por último, la recuperación cuando se ha recuperado control emocional y funcionamiento global en el paciente. La recuperación completa sería el objetivo final de todo tratamiento para la depresión, disminuyendo la posibilidad de presentar nuevamente el trastorno, es decir, que no haya más presencia de sintomatología. Los autores plantean como parte de la evaluación para el diagnóstico el tamizaje en atención primaria que permita detectar casos en desarrollo o que presenten niveles depresivos que necesiten atención especializada, lo cual va a requerir que estos profesionales estén capacitados en este trastorno, sus criterios y gravedad para establecer el plan de trabajo o derivar según sea el caso.

2.2.3. Intervención de la Depresión

Distintos tipos de intervención desde diversas corrientes psicológicas se han propuesto a lo largo del tiempo. Antes de abordarlos, se comentará sobre lo que mundialmente se recomienda trabajar en casos de depresión.

La Guía de intervención para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias realizada por la OMS (2017), contempla episodios depresivos moderados y graves, considerando personas de toda edad y tomando muy en cuenta la afectación a nivel funcional. Dan respuesta a diferentes interrogantes y especificidades en cuanto a la elección terapéutica según el caso. Recomienda precaución y consultar otras guías cuando las personas a tratar son niños o adolescentes y mujeres embarazadas o en lactancia materna. A continuación, las intervenciones que proponen como lineamientos a nivel mundial para el ámbito salud.

- Psicoeducación: intervención a nivel familiar e individual. Explicación del cuadro clínico y sus diversas manifestaciones, respuesta esperada al tratamiento, las actitudes que aportan a la mejora, y diversas actividades que puede poner en práctica el paciente y aquello a lo que tiene que atender como sus pensamientos, sueño, ejercicio físico y actividad diaria.
- Factores psicosociales estresantes: situaciones con su grupo primario de apoyo o entorno que estén influyendo en el problema, identificar problemas a nivel académico o laboral y buscar una red de apoyo.
- Reanudación de actividades sociales: oportunidad para que el paciente perciba el apoyo emocional de quienes lo rodean, y re-conecte con su red y actividades sociales para su satisfacción.

- Actividad diaria: instar al paciente de realizar actividad física, tener higiene de sueño, reanudar todo aquello que era de su agrado hacer, regular el apetito, buscar espacio para actividades de ocio y conexión con otras personas; realizar, si lo desea, actividades comunitarias. Todo esto debe tener un sustento de por qué ayudará al ánimo para que resulte importante para quien recibe las indicaciones.
- En cuanto a tratamientos psicológicos, la OMS tiene manuales en los que desarrolla algunas opciones de intervención que, en resumen, incluyen activación conductual, relajación, terapia cognitivo conductual, solución de problemas, y terapia interpersonal.
- En cuanto se necesite intervención farmacológica: informar al paciente en su totalidad de las implicancias del tratamiento desmitificando sus ideas y preocupaciones, instar a la adherencia al tratamiento durante el tiempo necesario, comenzar con dosis bajas y considerando la individualidad del paciente, cuidar de poblaciones particulares, realizar un adecuado monitoreo y tomar la decisión apropiada de cuándo terminar la medicina.
- Seguimiento: importante observar y monitorear el progreso al pasar las semanas de tratamiento, es decir, mantener una regularidad en las citas; mantener la posibilidad de atención a través de canales como el teléfono; responder a inquietudes o fuentes de estrés que puedan surgir en el proceso; habiendo pasado hasta un año de remisión se puede conversar de la disminución gradual de medicamentos y el trabajo en prevenir recaídas.

Por otro lado, y de manera más concreta, la intervención psicoterapéutica en depresión infanto-juvenil fue comentada por Zhou et al. (2017), quienes encontraron que haciendo revisión de 52 estudios en el momento del post-tratamiento y remisión de sintomatología, las psicoterapias eficaces eran la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.

La literatura científica encuentra que, en términos de eficacia y aceptabilidad un tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia es mejor opción que cualquiera de estos aplicado de manera única. Esto es confirmado por la revisión sistemática más amplia realizada por Cuijpers et al. (2020), que en 101 estudios encontró que para los pacientes es el tratamiento por fármacos no tiene la misma aceptabilidad debido a sus efectos adversos.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2019) tiene una guía para el tratamiento basado en evidencia de la depresión durante todo el ciclo vital (infancia, adolescencia, adultez y vejez). Afirman que existe sustento para la terapia cognitivo conductual y para la interpersonal, sosteniendo que el uso de cualquiera de ellas en combinación con psicofármacos de segunda generación sería la intervención apropiada; por otro lado, encontraron muy escasa evidencia para opciones humanistas. Indican, además, que los estudios muy aparte de centrarse en manejar síntomas, debieran investigar resultados como calidad de vida y funcionalidad del paciente. Encontraron vacíos en la literatura, que no cubría tratamiento en poblaciones minoritarias, diversas y marginadas, comorbilidad psiquiátrica, resultados a largo plazo, y abordaje más personalizado.

En el Perú, la Guía de práctica clínica (IETSI, 2019) indica que el manejo o intervención frente a un episodio depresivo leve puede iniciar por terapia con fármacos dependiendo de la decisión del profesional, en específico inhibidores selectivos de recaptación de serotonina; y si se inicia con psicoterapia se debe optar por la cognitivo conductual o terapia de resolución de problemas. Consideran complementarias la terapia familiar, psicodinámica, activación conductual o interpersonal. A parte de ello debe indicarse al paciente realizar ejercicio físico. El progreso en el tratamiento se mide con el mencionado PHQ pudiendo reajustarse conforme vaya avanzando. Así, hay posibles resultados como la no respuesta que mantendría el mismo puntaje, la respuesta parcial que sería disminución de 20-30% del puntaje, respuesta que

implicaría el 50% y la remisión se los síntomas cardinales depresivos. En caso no se logre lo esperado se deberá optar por evaluar si hay otra enfermedad o si se está haciendo más grave el problema.

A nivel profesional se busca practicar intervenciones basadas en evidencias para la depresión, y la guía de práctica clínica propuesta por Vargas et al. (2019) brinda una descripción de las mismas para hospitales en Lima, Perú. A través de GRADE (Grading of Recommendations Assessement, Development and Evaluation) definen la evidencia y utilidad de estas propuestas interventivas. Los estudios estaban enfocados en tratar mayores de edad con episodios depresivos moderados a graves, encontrando lo descrito a continuación. Desde el estudio de Cuijpers, Dekker, Hollon y Andersson (2009) los pacientes presentan menor tasa de abandono de tratamiento cuando llevan una terapia que combina fármacos y psicoterapia. En cuanto a terapias específicas psicológicas, desde la revisión de Cuijpers et al. (2013) la terapia psicodinámica y cognitivo conductual presentaron niveles similares en sus efectos, mientras que la terapia interpersonal no parecía tener efectividad significativa sobre la sintomatología. Respecto a la TRE (terapia racional emotiva), el ensayo de David, Szentagotai, Lupu y Cosman (2008) demostró que lleva a los individuos a un aumento de remisión de los síntomas luego de atravesar el proceso de intervención. No hay, según el estudio de Henken et al. (2007), suficiente evidencia para proponer la Terapia Familiar Sistemática como opción efectiva para el tratamiento. No se ha encontrado consenso respecto a especificaciones para lograr el cambio terapéutico, sea número de sesiones semanales y en general y su efectividad para mantener el cambio en los individuos.

Las estrategias interventivas han sido explicadas por Armenteros del Olmo y García-Portilla (2018). En lo que refiere a depresión leve el tratamiento ideal será evaluación persistente, apoyo y psicoeducación, psicoterapia y psicofármacos, para la depresión moderada

una estrategia combinada y para depresiones graves, aparte de lo mencionado, se priorizarían los fármacos y se consideraría la terapia electroconvulsiva en casos donde existe estupor profundo, inmovilización, o psicosis profunda, en donde los otros tipos de tratamiento hayan fallado repetidas veces.

El abordaje propuesto en esta guía es relevante, ya que al tratarse de un problema multidimensional y global, una aproximación compartida será la que permita ver resultados desde diversas perspectivas. Así, se tomaría en consideración un mediador como un profesional “cuidador” que participe de la psicoeducación, apoyo, seguimiento, comunicación con el médico; multidisciplinariedad; un plan estructurado de trabajo; seguimiento concreto de cada caso y comunicación entre profesionales. La atención estaría totalmente centrada en quien recibe la ayuda: el paciente y sus necesidades individuales, eliminando la posibilidad de relación autoritaria y vertical médico-paciente, siendo todos colaboradores y co-responsables de los avances durante el proceso de mejora.

Por otra parte es que surgen las intervenciones psicofarmacológicas, desde el modelo médico psiquiátrico. Es relevante aclarar que este tratamiento percibe mejores beneficios que daños al aplicarse a casos de depresión severa, y se debe evaluar su necesidad en depresión moderada (Vargas et al., 2019). Korman y Sarudiansky (2011) indican que están programados para actuar sobre neurotransmisores como la serotonina o noradrenalina del sistema nervioso, pero que aún no se ha detallado en su totalidad cómo es que realmente la medicina genera cambios a nivel afectivo y cognitivo. Entre los antidepresivos comúnmente recetados se encuentran: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) como escitalopram, fluoxetina, otros; los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos y los inhibidores de monoaminoxidasa (MAO). La elección, señalan, dependerá de cada caso individual y lista de reacciones e interacciones, siendo elección informada del paciente que los recibe. Existe

aún información controversial acerca del mantenimiento de la medicación luego de acabado el tiempo de tratamiento como forma de prevención de recaídas, encontrándose posturas a favor y en contra de ello en debate constante.

Pérez (2017), mencionado apartados arriba, respecto a la intervención farmacológica en depresión, afirmó que optar por esta modalidad solo logra resultados en respuesta y remisión de los síntomas en niveles modestos, pero no altamente efectivos. Usualmente son medicinas que se eligen de manera individual y particular respecto al cuadro depresivo y todas sus implicancias médico-psicológicas. El autor describe los distintos factores involucrados en la neurobiología de la depresión: genes, factores de crecimiento, sistemas neurotransmisores, eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, sistemas de regulación emotiva, interleucinas proinflamatorias los cuales interactúan con estresores del medio ambiente llevando a la persona a experimentar la enfermedad como tal.

La última revisión sistemática y meta-análisis en psicofarmacología de la depresión fue hecha por Cipriani et al. (2018), quienes analizaron 522 estudios donde ponían a prueba 21 antidepresivos distintos que resultaron efectivos en depresión en adultos. Los investigadores encontraron diferentes vacíos no estudiados en su revisión que es importante acotar: diferencias individuales por cada sujeto que influye en cómo lleva el tratamiento, efectos secundarios adversos o de abstinencia, sujetos con depresiones resistentes, intervención combinada con otras intervenciones y muchos incluso no consideraban la funcionalidad de los grupos controlados. Los estudios encontrados veían resultados pero no podían considerar la realidad de los efectos adversos puesto que estos usualmente se dan pasadas las ocho semanas, tiempo en el cual ya había cesado el seguimiento a los sujetos. Los investigadores afirman que si bien sus resultados dirigidos al personal médico pueden servir de guía, la intervención debiera

considerar la complejidad de cada paciente específico atendido, así como la incertidumbre del resultado e implicancias al elegir cierta medicina y dosis.

Finalmente, el tratamiento con pastillas como se expresó, se utiliza preferentemente en casos moderados a severos. Ninguno es mejor que otro, todos se usan dependiendo de cada cuadro clínico, durante aproximadamente seis a doce meses. Una importante limitación de este tratamiento sería la mejora tardía especialmente en casos de alto riesgo, la remisión se logra solo en 67% de casos (Rush et al., 2006). Por otro lado, se ha estado descubriendo que los sistemas gluta y gabaminérgicos influyen y deben estudiarse más para que pueda ser una opción terapéutica, también (Lener et al., 2016) Respecto a esto último, se encuentra que el fármaco Ketamina que infuye en el neurotransmisor glutamato logró resultados más eficaces que el placebo en pacientes con depresión resistente, con un perfil de respuesta más rápida, y reacciones adversas leves que ceden en poco tiempo (Kishimoto et al., 2016; McGirr et al., 2015). Esto da pie a la realización de mayores estudios para obtener una opción farmacológica necesaria para emergencias, con menor molestia para quien la recibe, logrando disminuir efectivamente la discapacidad causada por este trastorno.

A continuación se desarrollarán brevemente los principales modelos en intervención psicoterapéutica, que han destinado sus esfuerzos a tratar la depresión.

2.2.3.1. Modelo Psicodinámico

Este modelo, que surge luego del desarrollo del psicoanálisis, busca un punto de vista psicoterapéutico más actualizado desde los conceptos contenidos en las primeras obras de Freud (1890). Barber y Solomonov (2016) describen desde este modelo a la depresión como una combinación entre la alteración en apegos en edad temprana y la pérdida de un objeto

amado y dificultad para procesarla, que hacen que el paciente se vuelva contra sí mismo, o contra su yo o self. De este modo, existe una ira hacia uno mismo que genera todos los sentimientos que caracterizan una depresión como el aislamiento, autoestima y autocrítica alterados, y otros. Es así que este modelo se centraría en que el paciente optimice sus relaciones, potencie su sentido de propio valor, y deje ese estado de auto abandono. Los autores describen el proceso con la primera tarea de establecer la confianza terapeuta paciente; en segundo lugar, la evaluación de lo que subyace a los síntomas y; por último, el trabajo con el paciente en nuevos patrones para el futuro.

Desde este modelo la depresión, explica Sierra (2019), es una tendencia del ser humano a procesar difícilmente la pérdida de objetos amados. El enfoque de intervención es que el mismo paciente a través de su discurso pueda unir sus síntomas con momentos pasados que desencadenaron o al menos influyeron en su estado actual, se trabaja mucho desde su subjetividad. No se busca aconsejar al paciente sino desenredar la historia del mismo. La intervención considera: relación terapéutica, historia pasada del paciente unido a su actualidad, elaboración e insight y finalmente la reconstrucción y nuevas formas aprendidas.

Ribeiro, Ribero y Von Doellinger (2018) mencionan que este tipo de terapia tiene la particularidad de utilizar la interpretación, una técnica a través de la cual el terapeuta hace notar al paciente, permitiéndole el llamado insight, sobre los conflictos que se repiten y sostienen sus problemas, que tienen base en impulsos o defensas. Es necesario, mencionan, ahondar en lo subyacente antes de buscar que la persona adquiera nuevas habilidades. Los autores resaltan algunas características por las que solo esta terapia apuesta, y que la diferencian: el énfasis en la expresión emocional, la conversación sobre la evitación del paciente hacia ciertos temas, el mundo interno como centro de la terapia y su influencia en el presente, y la utilización de la

transferencia y contra-transferencia para el entendimiento de los patrones relacionales del paciente.

Estudios como el meta-análisis Leichsenring et al. (2015) sostienen evidencia de la eficacia de la intervención psicodinámica para el trastorno depresivo. Del mismo modo, Fonagy (2015) halló que los estudios controlados afirman que existe un beneficio en utilizar la psicodinámica y complementar con tratamiento médico. En cuanto a la diferencia con la terapia cognitivo conductual, no necesariamente es grande ni fiable, afirmación que también fue comentada por Goldstone (2017). Sin embargo, el estudio de Driessen et al. (2016) encontró que aquellos pacientes con un episodio de depresión severa de menor duración a un año respondían mejor a este tipo de terapia, mientras aquellos con episodios más duraderos reportaban mayor mejora con intervenciones cognitivas. Los autores mencionados coinciden en que hacen falta mayores estudios comparativos para poder concluir en alguna superioridad entre estas intervenciones, que también contemplen la influencia de la severidad del episodio, factores no terapéuticos y estudios de seguimiento al paciente; no obstante, por ahora ambas son recomendadas.

Desde el planteamiento de este modelo, Klerman y sus colegas (1984) desarrollan una vertiente revisada llamada la Terapia Dinámica Interpersonal (PIT) como respuesta a la alta demanda de atención en salud mental luego de la segunda guerra mundial. Su propuesta de intervención estuvo centrada en componentes emotivos y relacionales para la recuperación del paciente, con duración hasta 16 sesiones (Weissman, Markowitz y Klerman, 2018). La PIT enfoca en gran parte su estudio a todos aquellos eventos estresantes como duelos, cambios en la vida o problemas interpersonales que afecten de manera negativa a los sujetos, acelerando el inicio de un episodio de depresión o la recurrencia del mismo. (Ravitz, 2019).

Lemma, Target y Fonagy (2018) sostiene que la psicopatología que presenta el sujeto deprimido podría tener su origen en complicaciones en las relaciones en etapas tempranas del individuo, a partir de las cuales se genera una predisposición negativa que lleva consigo en sus relaciones del presente, siendo la amenaza principal en estas la posibilidad de separación de un otro. A diferencia de un planteamiento desde el psicoanálisis puro, toma mayor consideración al estado actual de la enfermedad para comprenderla desde sus síntomas. Lemma et al. (2010) indica que se estudian dentro de esta intervención psicológica breve aquellos patrones interpersonales generadores de problemas. El paciente observa e identifica sus patrones inconscientes de relaciones y de sus estados cognitivos y afectivos de tal forma que afronta mejor estas situaciones. Se vale de técnicas de escucha y expresión para que el paciente adquiera la habilidad de escucharse a sí mismo y atender a lo que le ocurre en sus vínculos.

La guía clínica de De la Parra (2018) menciona como principal objetivo encontrar el foco del problema que se trae a consulta, nombrado Foco Afectivo Interpersonal (FAI), el cual representa aquel patrón inconsciente que se repite que es el que finalmente está en la base de las dificultades actuales, para que el tratamiento esté centrado y termine en un tiempo breve. Este autor señala también que la conceptualización del problema está dirigida principalmente a indagar sobre el presente del paciente, la experiencia emocional que vive en sus relaciones, la alianza terapéutica en sesiones y los contenidos de la mente. El terapeuta, desde la curiosidad, interviene para indagar sobre la mente del paciente a través de preguntas que lo lleven a la reflexión.

La sintomatología observada se traduce en dificultades interpersonales, como lo explica la guía de intervención descrita por Lemma, Target y Fonagy (2018), son una respuesta ante lo vivido en las relaciones que amenazan al yo del paciente. Describen las siguientes fases:

- Una fase inicial con 4 sesiones en las que se establece el FAI dotando de significado a las relaciones vivenciadas durante el ciclo de vida.
- Una fase intermedia con 8 sesiones en la que se pone bajo cuestionamiento el patrón de relación encontrado.
- Una fase final que consta de 4 sesiones, a través de las cuales el paciente se interesa por despedirse eventualmente de ese foco y emociones vividas.

Durante la intervención, añaden Markowitz, Milrod, Luyten y Holmqvist (2019), se desarrolla de manera subyacente una habilidad llamada mentalización, que representa la manera en que el paciente entiende su mente y la de otros para entablar relaciones interpersonales. Esto se asocia con el foco de esta terapia tanto a nivel emocional como social y por ello se busca que el proceso sea evocado de manera constante a medida que el paciente hace consciente sus patrones de relación y se entrena en nuevos modos de actuar.

La PIT ha sido aplicada y estudiada en diversos contextos socioculturales, señala Weissman (2019), sin necesidad de tener abundantes adaptaciones, esto podría indicar que los gatilladores de episodios de depresión que proponen tales como muerte, discusiones o cambios son compartidos por toda la humanidad y encontrados a través de diferentes culturas como componentes importantes a trabajar a la hora del abordaje.

De las evidencias de efectividad está el estudio de Cuijpers et al. (2016) que revisando 90 investigaciones, encontró que con tamaños de efecto moderados a altos esta terapia resulta más efectiva al ser combinada con la farmacoterapia, sin presentar mayor diferencia con esta opción o en comparación con otras opciones terapéuticas. Recientemente Gavidia y Guerra (2019) realizaron un estudio de 10 trabajos de investigación de evidencia de calidad, incluyendo revisiones y meta-análisis así como ensayos clínicos, que comparaban la intervención con psicoterapia interpersonal y la intervención cognitivo conductual en casos de depresión. Los resultados arrojaron que los porcentajes no son suficientes como para aseverar

la superioridad de una de estas opciones terapéuticas para el abordaje, considerando que en 4 estudios los resultados según ambas eran similares. Conclusiones equivalentes en población adolescente y adulta obtuvieron Duffy, Sharpe y Schwannauer (2019), y también Fonagy et al. (2019), estos últimos afirman también que la PIT tiene una base de evidencia más pequeña pero igual de importante que la de la terapia cognitivo conductual. Los autores proponen que se continúe sometiendo a comparación con la TCC en futuros ensayos clínicos para, en primer lugar, llegar a una conclusión de cuál funciona mejor y para qué paciente y, por otro lado, que obtenga reconocimiento en programas de entrenamiento a terapeutas.

2.2.3.2. Modelo Cognitivo Conductual

Para comenzar, Vásquez, Hervás, Hernangómez y Romero (2010) relatan la evolución del modelo cognitivo durante 30 años para entender el fenómeno de la depresión en los individuos, así como su capacidad para proponer tratamientos e intervenciones cada vez más actualizadas en base a esquemas cognitivos. El principal postulado de este modelo es que la forma del procesamiento de información es lo que media que entre una situación estresante y experiencia de estrés que vive una persona y que puede llevar a que aparezcan los síntomas depresivos. Así, la depresión tiene características cognitivas específicas, refiriéndose a que la persona que atraviesa este trastorno experimenta pensamientos negativos. Este modo de interpretar la realidad, que depende de nuestros llamados esquemas cognitivos que se consideran elementos básicos de nuestra personalidad, es lo que genera la perturbación emocional y conductual. Frente a las diversas situaciones de vida, las personas con depresión responderán a partir de esta forma de pensar (Carrasco, 2017). A continuación, se abordarán las teorías cognitiva y racional emotiva para entender más concretamente esta opción terapéutica.

Siendo el planteamiento de Aaron Beck uno de los principales en explicar y abordar desde una perspectiva cognitiva la depresión, se procederá a explicar. Herrera (2019) comenta que son tres los conceptos más importantes en este planteamiento: una triada cognitiva de pensamientos negativos respecto a sí mismo, el futuro y el mundo y/o los demás; los esquemas cognitivos aprendidos desde la infancia y los errores al momento de procesar información también llamadas distorsiones cognitivas.

DeRubeis, Keefe y Beck (2019) realizaron una versión actualizada del manual de terapia cognitiva, donde describen que esta comienza a enfocarse, a diferencia de otras psicoterapias, en el contenido del pensamiento del paciente deprimido, encontrando este proceso como distintivo de este trastorno. En ese sentido, durante el proceso el paciente es entrenado de tal manera que pueda registrar y reportar sus eventos cognitivos para identificar cuáles de estos están generando el problema emocional expresado en los característicos síntomas. El terapeuta incita al paciente, una vez este identifica sus creencias, a tomarlas como hipótesis permitiendo mayor objetividad y que no sean tomadas como verdades absolutas, considerando que son contraproducentes para su forma de sentir sobre el mundo. Luego de criticar y poner a prueba estas, eventualmente cambia la perspectiva base generadora del trastorno, y consecuentemente las reacciones emocionales. La intervención psicológica, entonces, partirá de la modificación de esta modalidad de cogniciones. De esta forma, el cambio cognitivo vendría a ser el objetivo principal, que llevaría a que la realidad se entienda desde una óptica diferente, y que la sintomatología emocional y conductual que corresponde cambie también (Chávez-León et al., 2014).

En su última revisión de su trabajo, Beck (2019) narra cómo a través del análisis de su propia cognición y la de sus pacientes fue identificando y nombrando los componentes cognitivos. Comenzó afirmando que en su hallazgo de los pensamientos automáticos en la

práctica clínica, encontró que constituían malinterpretaciones de las situaciones narradas, y que al buscar la evidencia de estos, o era muy poca o no existía. Dentro del estado depresivo, usualmente eran de tipo auto crítico o de culpa. Al comenzar a evaluar estas ideas, las nombra distorsiones cognitivas como son: minimización o maximización de experiencias, pensamiento absolutista, deberías o demandas del mundo, personalización de lo que ocurre, inferencia arbitraria sin información suficiente, entre muchas otras. Estas se sustentan en lo que llama esquemas cognitivos, conjuntos de creencias más profundas y estables en el individuo que al entran en contacto con algún evento activador hacen surgir estas distorsiones.

La intervención desde esta terapia para la depresión, según mencionan Puerta y Padilla (2011) presentarían tres principales fines: cambio del pensamiento erróneo a través de diversas técnicas cognitivas y exposición, autocontrol y habilidades sociales y de resolución de conflictos; todo ello con base en una relación terapeuta-paciente de confianza. Sobre esto último, Beck (2019) señala que el terapeuta cognitivo conductual debe poseer ciertas actitudes: aceptación incondicional, empatía y autenticidad, debido a que estas influyen sobre la efectividad del tratamiento.

Dentro de su revisión, Puerta y Padilla (2011) describen a la psicoterapia cognitivo conductual como una estrategia estructurada y que se centra en el problema actual de quien pide ayuda. Adquiere distintas modalidades aplicadas como la terapia cognitiva tal cual, o solo utilizar herramientas de la misma, o en base a la misma incluir otro tipo de técnicas. Afirman que al inicio se psicoeduca al paciente en sus emociones, pensamientos y conductas y su identificación, para que posteriormente a identificarlos pueda evaluar y modificar las creencias que están detrás de lo que les ocurre. Algo importante que se indica es que la terapia no busca dar respuestas al paciente sino que este haga el trabajo en su día a día, es decir, fuera de consulta. Y si bien se ha demostrado eficacia de esta, es necesario aun estudiar qué tanto esta

se sostiene en el tiempo en cuanto a sintomatología. El estudio de los efectos de la TCC en síntomas residuales depresivos ha mostrado que puede potencialmente evitar una recaída pero no tiene aún efecto directo sobre estos síntomas (Scott et al., 2000).

En lo que respecta a la evidencia de eficacia de la terapia cognitiva de Beck para la depresión, están los ensayos aleatorios controlados y meta-análisis de Butler, Chapman, Forman y Beck (2006), Krishna et al. (2011) y Sales, Pardo y Mayordomo (2015) que postulan a la misma como un tratamiento igual de eficaz que la farmacoterapia. De igual forma, su eficacia es comparable con la de la TIP, y en ciertos casos puede lograr resultados de manera más temprana (Mulder et al., 2017). Debido a que, como se ha explicado, los síntomas depresivos inician y se mantienen debido a los sesgos cognitivos, la intervención objetivo debe ser sobre estos. Existe evidencia de que al mejorar la cognición a través de este abordaje se puede reducir la sintomatología presentada (Davis et al., 2016; Lazarov et al., 2018; Pereira et al., 2018; Williams et al., 2015).

Por otro lado pero compartiendo la misma visión, se encuentra la terapia racional emotiva conductual (TREC), tal como menciona Oblitas (2008) fue propuesta por Albert Ellis desde aproximadamente los años 50, optando por un enfoque activo directivo, que busca el cambio filosófico en el paciente. Puede presentarse en modalidad de terapia individual, de pareja, familiar y de grupo.

MacLaren, Doyle y DiGiuseppe (2016) describen el planteamiento de Ellis, el cual parte del supuesto de interacción retroalimentada entre tres aspectos: el cognitivo, afectivo y conductual; que necesariamente deben evaluarse al momento de tratar un paciente con un desorden emocional. Así, las personas reaccionan a los eventos que les ocurren, desde las interpretaciones con las que dotan a ello, generando respuesta a nivel emocional y conductual. Cognición, emoción y conducta están relacionados y son inseparables al evaluar un problema

de salud mental. Los los supuestos teóricos de su teoría y terapia son: la cognición como determinante de la perturbación humana, la manera más efectiva de mejorar esto es a través de la evaluación del pensamiento, existen emociones negativas saludables y adaptativas que deben diferenciarse de las disfuncionales y, por último, el enfoque de la práctica será en el presente, y no en cómo la historia influyó en las manifestaciones actuales.

Las diferentes estancias o niveles del pensamiento, según la TREC son: inferencias, que vendrían a ser el símil de los pensamientos automáticos mencionados líneas arriba; las evaluaciones, que son el significado que le otorga el paciente a los primeros; y, por último, las creencias núcleo, aquellas que forman parte del esquema cognitivo comentado previamente también. Si bien el protocolo de atención y sesiones es similar al de la terapia cognitiva (TC) de Beck, la diferencia recae en a qué nivel trabajan: la TC busca el cambio en las inferencias que llama distorsiones cognitivas, mientras que la TREC busca llegar a la base que conforman las evaluaciones y, de ser posible, acceder a las creencias base para generar un cambio profundo (David, Lynn & Ellis, 2010).

Los autores explican también el modelo ABCDE, donde A representa la situación activadora, B las creencias que surgen y C las consecuencias a nivel emocional y conductual que se desarrollan; en este modelo B causa C. Y a partir de esa premisa la letra D representa la discusión de esas creencias que generan la perturbación, y aparece E que serían las nuevas respuestas más racionales. Las tres principales creencias nucleares que sabotean la consecución de metas de las personas: la necesidad o demanda de aprobación, la demanda de ser competente y valer solo por ello y la demanda de conseguir fácilmente lo que se desea. A estas se agregan otras creencias secundarias como el no soportar, considerar algo terrible y condenarse o a otros por un comportamiento. La medida de éxito en esta terapia será que el paciente se plantee una nueva filosofía para vivir, luego de refutar las creencias base, en donde pueda optar por

preferencias en lugar de demandas de su vida; y de esta manera ya no perturbarse si algo no se da como lo espera, porque ya no pasa por un “debería” a nivel cognitivo. Señalan el uso del humor y la alianza terapéutica para lograr el cambio en el paciente.

Cândeia et al. (2018) explica que el tratamiento TREC para la depresión debe contemplar la siguiente guía general:

- Conceptualizar el problema desde el modelo ABCDE.
- Los principales elementos a tomar en cuenta: activación conductual, cambiar ideas irracionales tanto específicas como generales.
- Enfoque en las demandas, a la vez que se promueve la aceptación incondicional del paciente, buscando que emociones disfuncionales secundarias disminuyan también.
- Para la modificación de creencias se puede optar por técnicas emotivas, cognitivas y/o conductuales.
- El paciente tendrá tareas para desafiar en la vida real sus creencias irracionales y para ejecutar nuevos y más saludables comportamientos.

A un nivel más específico, el objetivo inicial es identificar las siguientes creencias irracionales características de un episodio depresivo: demandas, catastrofización, baja tolerancia a la frustración y auto-crítica. Luego de encontradas y trabajadas, se renueva el foco hacia la aceptación de uno mismo y, finalmente, hacia revisar cualquier otro problema emocional que se mantenga o sea secundario al problema.

Asimismo, Cândeia et al. (2018) también describe la estructura de las sesiones, que idealmente debieran ser hasta 20 de una hora, siguiendo un modelo estructurado cada una de ellas. Durante el primer mes el enfoque está en generar alianza terapéutica, psicoeducación sobre la depresión y también sobre la TREC y el funcionamiento de una psicoterapia, se busca también formular la conceptualización del problema específico del paciente desde el ABCDE,

las primeras tareas y desafíos terapéuticos aparecen cuando se realiza la activación conductual y re-estructuración cognitiva. Durante el segundo mes, se consolida esta modificación a nivel de creencias y se pasa a aplicarlo a la vida real para que el nuevo modo de pensar se vuelva parte del repertorio del paciente. Las últimas sesiones están destinadas a generalizar esta nueva filosofía de vida a diferentes circunstancias vitales, trabajando en la prevención de recaídas y en que el paciente se convierta, finalmente, en su propio psicoterapeuta.

Respecto a su eficacia para el tratamiento de la depresión, David et al. (2019) revisaron la evidencia encontrando estudios que permitieron que la TREC sea considerada como intervención eficaz por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) así como figurar en la guía de tratamientos basados en evidencia de la APA. David et al. (2018) hicieron una revisión sistemática de 84 artículos, que arrojaron un tamaño de efecto mediano que comprueba sus logros en los resultados y en el cambio de creencias irracionales; sin embargo, hace falta estudiar cómo es el mecanismo de este cambio y los factores involucrados. Existe también evidencia de su eficacia para reducir la depresión en población adolescente y joven (Iftene et al. 2015 & Zhaleh et al. 2014) así como adulta (David et al., 2008).

2.2.3.2.1. Modelos de Tercera Generación

Álvarez (2006) señala estos modelos como la llamada tercera ola de lo cognitivo-conductual. A diferencia de la primera y segunda ola, en esta se hace énfasis en el aspecto contextual que había sido colocado en un segundo plano. Comienzan su desarrollo por el 1990, con la re-visitación al conductismo radical y análisis de conducta. El autor propone como principal aporte a las ya tradicionales terapias, el replanteamiento contextual: una propuesta que no estaría de acuerdo con el modelo médico, en donde cada trastorno tiene una respuesta y forma específica de tratar. Propone, por el contrario, una mirada desde el contexto en que ocurre el

trastorno y que cesa la patologización del ser humano. El centro de atención deja de ser los síntomas y la necesidad de reducirlos, orientando la intervención hacia el establecimiento de un proyecto de vida.

Abreu y Dos Santos (2017) relatan esta nueva línea de terapias que han ido construyendo un espacio en el campo psicológico clínico los últimos años, intentando comprobar su evidencia científica con mayores investigaciones. Con terapias de tercera generación se hace referencia a: Terapia de Aceptación y Compromiso, Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia Dialéctica Conductual y Activación Conductual. Los autores indican que se debieran realizar manuales más complejos, que encuentren lo común entre estas intervenciones para que sean tomadas en cuenta y se expanda su uso en el mundo psicológico. Es así que cada una de estas corrientes, en su afán por alcanzar la validación, fueron tomando distancia del camino de unificación, para proceder a enfocarse en algún problema específico a tratar.

Al estar en continuo estudio, actualización y validación aun, se ha considerado desarrollar y abordar esta línea de terapias e intervenciones más adelante, como parte de los estudios más recientes de hace cinco años que presenten estas intervenciones innovadoras que tienen amplio camino por recorrer. En las siguientes líneas se brindarán breves conceptos y descripciones de las mismas.

Dentro de las terapias conductuales las de mejor eficacia en depresión han sido Aceptación y Compromiso y Activación Conductual, la terapia Dialéctica Conductual en menor medida por lo cual el enfoque será en las dos primeras. (Ruiz & Callejón, 2014).

Pérez (2006) describe importantes aportes de la intervención desde Activación Conductual, que la distinguen de las otras que se solían realizar a nivel mundial: relevancia al contexto y ambiente, la puesta en práctica de acciones que permitan refuerzos naturales del ambiente, cambio en el entorno no en la cognición, identificación de una evitación, activar

conductas antidepresivas y sus debidos refuerzos desde un enfoque contextual y promover reforzadores naturales más que impuestos.

Asimismo, la Terapia de Aceptación y Compromiso también es considerada para tratar la depresión, según Pérez-Álvarez (2008) desde su concepto de trastorno de evitación experiencial, es decir, la constante necesidad de evitar el sufrimiento, se busca que el paciente se distancie psicológicamente y sea más flexible ante la presentación de los síntomas, aceptándolos y dirigiendo su comportamiento hacia sus propios valores, siendo estas acciones la finalidad de esta terapia. Sus primeros componentes eficaces fueron: desesperanza creativa, clarificación de valores, control de eventos privados, diferenciación yo contenido de yo contexto, atender eventos privados y acciones hacia los valores. (García, 2016).

2.3. Revisión de estudios desde diferentes perspectivas teóricas y de intervención de la Depresión

Entender las diversas perspectivas teórica sobre la depresión, implica revisar cómo se trazó la conceptualización de este trastorno, lo cual permitió que en la comunidad científica se establezcan ideas comunes y compartidas. Así, en este apartado se presenta la manera en que se ha ido estudiando la depresión de manera cronológica, desde el inicio de la medicina hasta las diversas corrientes psicológicas.

Para comenzar, el término “depresión” fue inicialmente acuñado desde una perspectiva más psiquiátrica, a mitad del siglo XIX haciendo alusión a un estado emocional alterado caracterizado por desgano, inhibición y funcionamiento alterado. (Berríos, 2008; Berríos & Porter, 1995). Es en el 1980 donde el DSM III describe el cuadro del trastorno depresivo, que ha ido adquiriendo diversas variantes como bipolar, psicótica, atípica, entre otras,

especificaciones necesarias para determinar el curso del tratamiento y respuesta al mismo. En la actualidad ya se comprende como un espectro amplio, con niveles de gravedad y que la depresión puede formar parte de otra entidad clínica o ser una manifestación de otra. Por otro lado, la depresión y su expresión sobre todo está condicionada muchas veces a la cultura y al modo en que el sistema de salud la reporta; pudiendo ser más fisiológica o más psicológica, es decir, síntomas somáticos más notorios o sentimientos profundos más evidentes (APA, 1980).

Botto, Acuña y Jiménez (2014) comentan sobre la interacción entre factores biológicos y ambientales que explicarían por qué ciertos individuos con predisposición desarrollan la enfermedad y otros no. De este modo, consideran la existencia de la depresión desde un valor adaptativo para hacer frente a situaciones difíciles al llevar al individuo a pedir la ayuda necesaria; y también el aspecto de vulnerabilidad o protección luego de atravesar traumas infantiles, vínculos inseguros y situaciones de estrés. Concluyen afirmando que comprender los diversos factores involucrados permitirá una mejor comprensión de la complejidad y abordaje más preciso. Importante es que considere también las variables personalidad, cultura y mundo social en interacción constante con la depresión del paciente.

La etiología de este trastorno, es decir, posibles explicaciones al mismo, también ha sido discutida por Bocanegra y Díaz (2017), dividiéndola según teorías. En primer lugar describe las teorías biológicas, que consideran una base genética familiar, sistemas de neurotransmisores implicados, así como el estudio de zonas cerebrales involucradas también en el proceso depresivo (neo-córtex, amígdala, hipocampo). Por otro lado, las teorías cognitivas que postulan que la forma en que el individuo interpreta su mundo influye en sus emociones y comportamiento. Y finalmente, las teorías conductuales explican la depresión como el producto de interacciones poco satisfactorias y reforzadoras del individuo con el ambiente que lo rodea, es decir, se aprende y por ello se da el aislamiento y disminución de la energía vital. A

continuación, se desarrollan las perspectivas teóricas que bien podrían encajar en estas brevemente mencionadas, de manera más amplia y desde corrientes psicológicas.

El psicoanálisis como comienzos de la psicoterapia postulaba sus ideas sobre de este problema. Freud (1890) habló de los estados o afectos depresivos los cuales atribuía a alguna enfermedad del sistema nervioso u otros sistemas pero que afectaba la vida de la persona. De hecho, dentro de su concepto de melancolía incluyó a la depresión como la acumulación de tensión sexual psíquica. Parte de su obra *Duelo y Melancolía* (1915) la dedica a describir la melancolía como un total empobrecimiento del sí mismo, con características que se asemejan mucho a los criterios diagnósticos con los que hoy se cuenta para diagnosticar depresión: nulo interés del exterior, dolor profundo, disminución de productividad, auto-reproches y auto-denigraciones, entre otros.

Por otro lado, desde una perspectiva psicofarmacológica la depresión se analiza como un modelo neurobiológico en el que hay un déficit de neurotransmisores que son mediadores de procesos afectivos, en específico, las llamadas monoaminas. A partir de esta hipótesis se han desarrollado medicamentos como grupos de antidepresivos: ISRS, IRSN, IRND, AMT, ATC, MM, etc. Cada uno actúa sobre la serotonina, dopamina o noradrenalina; y con el tiempo se buscan cada vez más opciones con menos efectos adversos y efectos más rápidos y precisos. (Pérez, 2017). Pérez-Padilla et al. (2017) señalan que si bien al entender la etiología biológica la depresión se han podido generar potentes pastillas antidepresivas, es necesario buscar mejorar este tipo de tratamiento, conforme la biología avance mejores opciones estarán disponibles. Concluyen afirmando que la combinación de tratamiento con fármacos y de terapia del habla permite llegar un mejor resultado de intervención y remisión del trastorno.

Respecto a los tratamientos psicológicos que se han abordado a lo largo del tiempo: desde sus inicios la psicología, dentro de la práctica terapéutica, hizo primordial el desarrollo

teórico de sus modelos, razón por la cual en los últimos años se tuvo que enfrentar el reto de buscar evidencia empírica de intervenciones basadas en evidencia. A continuación se describirán las intervenciones actuales y estudios relacionados a las teorías que la sustentan.

Para comenzar, la primera perspectiva teórica ha ido ganándose el puesto predilecto dentro de las escogidas para tratar la depresión a nivel de atención en salud privada y pública. El enfoque cognitivo conductual, específicamente el planteamiento de Beck (1967), sostiene que el paciente deprimido está manteniendo una triada cognitiva negativa: creencias sobre sí mismo, el futuro y el mundo que cada vez empeoran su estado de ánimo. Sus experiencias, de este modo, son filtradas como sucesos siempre erróneos, fallados, o como pérdidas; se resigna ante las mismas y no se prepara para situaciones futuras, asumiendo que no saldrán como espera. Respecto al tratamiento, Dahab, Rivadeneira y Minici (2002), señalan que los de corte conductual están centrados a cambiar y modificar conductas y sus contingencias, que el paciente dejó de hacer por el desgano asociado. Se realiza programación de actividades agradables, con sus refuerzos, y además se entrena en habilidades para afrontar y resolver problemas, de tal forma que el paciente adquiere mayor autoeficacia sobre su comportamiento. Por otro lado, desde el lado cognitivo, entendiendo las creencias disfuncionales se propone su modificación a pensamientos más saludables.

Figuroa (2002) describe de forma más detallada la perspectiva cognoscitiva, aclarando que a diferencia de planteamientos previos farmacológicos, se pone en centro la cognición como mediador entre los sucesos y las alteraciones emocionales y conductuales depresivas. El procesamiento de la información continuo refuerza constantemente las creencias de desamparo del paciente, lo cual explicaría la cronificación de este trastorno. Dentro del pensamiento cognitivo depresivo se resaltan las distorsiones cognitivas también que tienen su origen en esquemas cognitivos. Los esquemas se forman a partir de experiencias infantiles tempranas

que suscitaron ideas muy arraigadas; y, a modo de filtro, se empieza a analizar y observar la realidad desde estos principios profundos. Los pensamientos que estarían a mayor acceso se llaman pensamiento automáticos, que surgen sin decisión deliberada del paciente y los cuales se distorsionan conforme hay exposición a situaciones cada vez más estresantes o problemáticas.

Por otro lado, desde el enfoque Psicodinámico la depresión es percibida de otra manera. Àvila (1990) menciona que la conceptualización del trastorno fue cambiando, desde los conceptos de patología oral, hasta los planteamientos centrados en el self; razón por la cual plantea un modelo que abarca esta perspectiva. En primer lugar existe una constelación depresivógena que predispone a una persona y la hace vulnerable, como hablando de una distimia; luego desde una visión estructural existirá una baja autoestima, que al entrar en interacción con sucesos importantes llevarán a una depresión que inicialmente era narcisista, a ser profunda.

El psicoanálisis en sus inicios tenía una visión más patológica, centrada en conflictos inconscientes y el tratamiento asociado solía ser ilimitado y muy frecuente semanalmente, cuyo objetivo era reestructurar la personalidad. Es después de la segunda guerra mundial que se busca reconceptualizar y replantear este enfoque de intervención hacia uno más breve y focalizado, que no se centra en resolver síntomas sino en la comprensión de la experiencia total del paciente (Jiménez, 2003).

Acerca del entendimiento del trastorno depresivo, Bleichmar (1996) integró las ideas del psicoanálisis clásico y las teorías psicodinámicas, que puede resumirse en el siguiente concepto: un deseo central en la psique de la persona (impulsivos, narcisistas, comunicativos) que al no ser compensado de ninguna forma genera una catastrofización se une con el concepto de self insuficiente de lograrlo, incapaz de satisfacerse lo que genera una culpa fuerte y

desencadena la sintomatología depresiva. El foco dinámico como se le llama será trabajar el origen de esa depresión a través de las interpretaciones realizadas por el terapeuta y la escucha de la historia de vida del paciente.

Añadiendo a esto, desde el enfoque interpersonal de Klerman et al. (1984) existen cuatro razones problemáticas por las que un paciente puede encontrarse deprimido: duelo patológico, problemas en relaciones con sus seres significativos, cambios críticos en el ciclo vital y la dificultad de mantener relaciones o iniciarlas. Resulta interesante mencionar que este enfoque interpersonal, que fue creado en sus inicios específicamente para la depresión, y aunque usualmente ha sido considerado por sus orígenes psicoanalíticos, buscó más bien ser una aproximación más ecléctica.

El enfoque de la depresión desde las terapias de tercera generación, dentro de las que están las empleadas para el abordaje del trastorno depresivo son atención plena, aceptación y compromiso y activación conductual; la dialéctico conductual en menor nivel ya que su investigación se centra en abordar trastorno límite de la personalidad, por lo que no es considerada en la revisión. (Ruiz & Callejón, 2014) Ambas se originan desde la reconsideración del análisis funcional de la conducta y el conductismo radical, por lo tanto: analiza las conductas relevantes a la situación clínica del paciente y toma en cuenta todo, lo observable e inobservable también llamados eventos privados.

Por su parte, investigaciones llevadas a cabo por Jacobson demostraron que el trabajo más crucial dentro de la terapia cognitiva de Beck era el conductual, dándose origen la Terapia de Activación Conductual (Pérez, 2006). La revisión de Bianchi y Henao (2015) permite entender más que desde este enfoque, la depresión se observa como una evitación conductual de aquellas conductas que traerían refuerzos agradables, por lo que la idea es aumentar aquellas acciones que permitan acceder a refuerzos en el entorno, en lugar de mantener un patrón de

escape. Existe una vertiente llamada Tratamiento Breve de AC para la depresión (BATD) que postula que la depresión se mantiene por el refuerzo de conductas depresivas, razón por la cual se debe optar por aumentar el valor del refuerzo de conductas más saludables. Kanter et al. (2009) propone una aproximación más específica y reciente, en donde la diferencia es que el programa de actividades se adecúa a los valores del paciente, de manera que es más individualizado el tratamiento. Los autores inicialmente mencionados encuentran en su revisión a esta terapia como adecuada para tratar para depresión y otros trastornos afectivos, pero que hace falta mayor adaptación a la cultura latinoamericana y la posibilidad de adaptaciones tecnológicas también.

La teoría de la indefensión-desesperanza, como lo plantean Camuñas, Mavrou y Miguel-Tobal (2019) proporciona una explicación desde el estilo atribucional común característico de trastornos como la ansiedad o depresión. Esto quiere decir que las personas tienden a atribuir internamente y de forma estable y negativa los sucesos ocurridos en el día a día. En un primer momento se asociaría a un estado ansioso, pero la continua presentación de experiencias negativas que confirman las atribuciones llevaría a la depresión. Los autores concluyen que esta tendencia podría estar mediando entre la ansiedad y depresión, además de constituir un factor que hace vulnerable a una persona ante las mismas.

Desde una óptica muy distinta a las mencionadas, se encuentra la psicología positiva, que ha permitido desde su teoría que se vaya construyendo una psicoterapia positiva. Esta no constituye un planteamiento desde la patología, sino más bien desde la búsqueda de la felicidad y emociones positivas. Está orientada, como lo menciona Collins y Seligman (2002), este último quien lo viene desarrollando desde 1998, a fortalezas personales, creatividad, tolerancia, apertura a nuevas vivencias. Cuadra-Peralta, Valoso-Besio, Ibergaray y Rocha (2010) mencionan las diversas técnicas utilizadas por esta terapia: satisfacción con el pasado y con el

presente, los placeres y gratificaciones, optimismo, y satisfacción con la vida. Los autores, luego de realizar una investigación en pacientes con depresión, observaron que la sintomatología disminuyó y se amplió el sentido de satisfacción, así como lo plantearon en su momento Seligman et al. (2006), quien también fomentó la idea de que esta psicoterapia eventualmente tuviera resultados más eficaces que la psicoterapia tradicional para estos problemas. Además, la posibilidad de realizar esta intervención de manera grupal permite atender a mayor cantidad de personas y satisfacer una demanda actual. Este tipo de aproximación se tocará en el siguiente apartado debido a que lo que plantean está tomando cada vez más espacio en la práctica y teoría psicológica.

2.4. Estudios de investigación que revisan el tema en los últimos 5 años a nivel nacional e internacional

Luego de haber entendido la situación de la depresión a nivel mundial, y habiendo revisado los modelos y la cronología de las perspectivas teóricas desde los cuales se ha venido estudiando el trastorno, se procederá a desarrollar las intervenciones nuevas que den solución a los problemas de brechas, accesibilidad y estigma. Si bien terapias como la cognitivo conductual continúan siendo reforzadas en su uso, han surgido distintas aproximaciones.

Debido a que el objetivo principal ha sido la revisión, análisis y conclusiones que se puedan extraer de las intervenciones innovadoras en depresión, se han buscado estudios como meta-análisis, revisiones sistemáticas y ensayos aleatorizados controlados en general que propongan tratamientos no ortodoxos, diversos, con nuevas propuestas, teoría y justificación que permitirán que cada vez mayor población reciba la ayuda que necesita. Por ello, es importante mencionar que si bien la mayoría están enfocadas en teorías que tuvieron origen

hace más de diez años, lo cual se mencionará brevemente; el foco de este apartado es la continua acumulación de evidencia científica para hallar su eficacia en distintos trastornos mentales, para que eventualmente se les nombre como modalidades o tratamientos de elección, y esta evidencia encontrada sí corresponderá a los últimos cinco años.

La primera intervención novedosa está relacionada una modalidad (más no a un modelo psicoterapéutico) que representa un canal a través del cual brindar la atención en salud. En el ámbito sanitario, se llama Telesalud al servicio de salud que se entrega mediante el empleo de tecnologías de la información (TICs) sobre todo cuando la atención se ve impedida por temas de distancias. (OMS, 2019). Portilla (2013) añade que la Comisión Europea considera utilizar estas herramientas actuales para acciones como prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, gestión en salud y estilo de vida; implicando una dinámica entre los usuarios y quienes brindan atención en salud así como la comunicación entre instituciones incluyendo historias clínicas compartidas. En los últimos tiempos, señala, la telesalud ha surgido como una alternativa favorable por los beneficios que ofrece: incrementa el acceso a recursos sanitarios y la cobertura, menores costos humanos y económicos, reducción de tiempos en atención, prevención oportuna. De esta forma, la telesalud ha avanzado al ritmo de la tecnología: teléfono, radio, televisión, computadores, internet y celulares móviles.

La Secretaría de Salud de México en su Programa de Acción en Telesalud 2007-2012 (2007) afirman que la telesalud significaría una gran ayuda en cuanto a atención, pero también educación de quienes brindan los servicios y a la misma comunidad que los recibe, además que este podría ser un gran vínculo para acercar los programas nacionales de salud a zonas retiradas, marginadas, con extrema pobreza o áreas rurales.

Mencionarla como alternativa innovadora para tratar la depresión se ve justificado por el hecho de que la tecnología hoy en día es una de las principales fuentes donde las personas

buscan información sobre su salud. Citando algunas métricas, un estudio en España reportó que el 40% de las búsquedas en salud realizadas por adolescentes entre 12 y 18 años son sobre enfermedades mentales (Blázquez, 2018). Peñafiel, Ronco y Echegaray (2016) encontraron que adolescentes entre 21-24 años encuentran el internet como principal vía para buscar información en salud. El uso de redes, como se menciona, se da primordialmente en población infanto-juvenil, así que podría ser útil para aquellos con condiciones mentales y sus cuidadores o padres (Garay y Gómez-Restrepo, 2011). Los autores previamente citados mencionan tres principales dificultades de esta modalidad de servicios de salud: problemas técnicos, equivalencia con terapias cara a cara y la posibilidad de afectación de la relación terapéutica, elemento considerado clave en la mejora y adherencia al tratamiento, aunque consideran que podría adaptarse a pesar de no existir ese contacto directo sino a través de una pantalla.

El MINSA (2009) define la misma como la atención en salud entregada a través de TICs para lograr accesibilidad a los usuarios de áreas lejanas o rurales o con algún impedimento para ser atendidos presencialmente. De este modo, el MINSA recalca que la Telesalud contribuye a la descentralización y también posee una norma regulatoria de esta propuesta. En este sentido, existen diversas posibles vertientes como la Telepsiquiatría, Teleconsejería, Telepsicoterapia, entre otros. La guía para la práctica de la Telepsicología según la APA (2013) aporta al *cómo* de esta modalidad, abordando: competencias necesarias del profesional psicólogo, estándares de calidad, consentimiento informado, confidencialidad, seguridad y transmisión de información, manejo de datos, evaluación, prácticas normativas.

Distintos términos se han utilizado para referirse a este trabajo realizado a través de aplicaciones, sitios web y otras herramientas en medios digitales, pero el concepto más actual que encaja con esta idea principal es el de e-mental health (Lal, 2019). Respecto a los servicios brindados, e-mental health puede ser de gran utilidad para todo el continuo del cuidado en salud

mental ya sea prevención y promoción, atención primaria o especializada e interconsultas a realizar. Los distintos objetivos en los que pueden servir de ayuda son en tamizaje, evaluación, monitoreo e intervención; pudiendo también emprender herramientas de autocuidado, atención con profesionales, consejería y diversas formas de terapias psicosociales (Lal & Adair, 2014). Estos autores indican que la mayor fortaleza de esta modalidad de intervención es su accesibilidad por parte de usuarios en zonas rurales, en suburbios o muy remotas; pero también pueden servir en casos de personas con alguna dificultad para asistir a centros ya sea por transporte, discapacidad o tema de horarios. No obstante; Gómez Nicholls (2015) resalta algo a cuestionar en esta materia, y es el hecho de que las instituciones sanitarias no siempre están equipadas para asumir el reto tecnológico, ya que aún siguen trabajando por lograr que atención primaria llegue a toda la población, difícilmente destinen esfuerzo a ampliar la perspectiva de manera integral, lo cual afecta debido a que el apoyo del sistema es el que va a impulsar la utilización de e-mental health.

Vázquez, Torres, Blanco, Otero y Hermida (2015) apuestan por esta como posible ayuda ante las dificultades asociadas a comenzar un tratamiento presencial, tales como costo económico, cuidado de parientes, estado de dependencia, discapacidad, estigma y sentimientos de vergüenza asociados, además de la propia anhedonia y pérdida de vitalidad física que puede impedir motivación del paciente para movilizarse; todo lo cual coloca como alternativa posible y al alcance de los pacientes otro tipo de modalidades.

En relación a evidencia empírica, los mencionados investigadores (Vázquez et al., 2015) revisaron 17 intervenciones psicológicas por vía telefónica para la depresión, llevadas a cabo en distintos países. Analizaron ensayos controlados aleatorizados desde 1974 hasta 2013; de intervenciones telefónicas que hayan llevado una debida evaluación de su eficacia.

Por un lado, encontraron que el modelo más utilizado en esta modalidad de atención psicológica fue el cognitivo conductual (TCC), con una eficacia similar vía teléfono a la terapia presencial. Otros estudios como el de Gratzner et al. (2018) y Olthuis et al. (2016) ya han comprobado que la TCC via internet (llamada iCBT) es del agrado de pacientes e igual de eficaz que la que se realiza en persona para casos de depresión y ansiedad, lo cual podría dar solución a la alta demanda de ese tratamiento para que más personas lo obtengan. Vale mencionar que en los estudios anteriores la iCBT se realiza en formato para computadoras, como un sílabo con la metodología, lecciones, tareas e información al paciente y con la posibilidad de ser autoaplicado, o con ayuda mínima en la forma de recordatorios de un técnico de la salud, o con un profesional clínico mediante teléfono o correo. Un factor influyente importante, reportan, fue la facilitación de material de complemento entregado a los pacientes, ya sea audiovisual o de lectura. Respecto al tamaño del efecto, osciló entre pequeño y moderado entre todos los estudios según sintomatología inicial, esto indica que sí son herramientas útiles para reducir la depresión pero que hace falta mayor control de otras variables influyentes. Cabe mencionar, según los autores, que probablemente esta modalidad se esté viendo sobre pasada por la modalidad de videollamada.

La revisión sistemática y meta-análisis conducida por Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper y Hedman-Lagerlof (2018) arrojó interesantes resultados. Su objetivo fue comparar las intervenciones por internet y presenciales de TCC para distintos problemas psicológicos. Al analizar 20 estudios, el tamaño de efecto fue adecuado para concluir que son intervenciones equivalentes en resultados para síntomas de depresión. Eran en base a la TCC, por lo que sugieren estudios que abarquen otras intervenciones y más grande número de muestras; así como la consideración de qué factores están mediando estos resultados.

Del mismo modo, la eficacia del iCBT también fue evaluada en el meta-análisis de Szein, Koransky, Fegan y Himelhoch (2017). Tomaron en cuenta 14 artículos de ensayos clínicos aleatorios entre 2005 y 2015, donde se ponía a prueba la iCBT en episodio depresivo moderado de pacientes mayores de edad. El tamaño de efecto fue mediano encontrado eficaz esta modalidad para lograr reducir la sintomatología y mantener esta mejora hasta 6 meses luego del tratamiento. Taylor et al. (2019) defienden que ante las nuevas modalidades de realizar la TCC, se deben evaluar cuáles de sus componentes son los más efectivos a replicar. Con un panel de 120 expertos encontraron que la mayor parte son competencias genéricas y no relativas a este tipo de terapia. Eran nueve componentes: comprensión adecuada, desarrollo y mantenimiento de alianza terapéutica, explicación del razonamiento de la teoría, la retroalimentación, desafiar comportamientos evitativos, monitoreo de actividades, supervisión, tareas y prevención de recaídas. Concluyen que estos son las características que debieran mantenerse al optar por nuevas formas de brindar esta intervención para lograr cambios terapéuticos.

Siguiendo con la evidencia, Botella, Mira, Herrero, García-Palacios y Baños (2015), del Laboratorio de Psicología y Tecnología LabPsiTec de España, postulan un programa de intervención “Sonreír es divertido” auto-aplicado de internet enfocado en prevención en personas en alto riesgo y tratamiento de la depresión leve a severa. Utiliza técnicas probadas previamente por la APA, que aplica y evalúa el propio paciente. Son 4 las tareas hacia el paciente: evaluación del candidato al programa y psicoeducación, intervención por módulos que sigue paso a paso, evaluación constante y feedback de su avance y seguimiento y refuerzo, prevención de recaídas. A nivel terapéutico abarcaron diversas técnicas: psicoeducación y motivación al cambio, activación conductual, modificación cognitiva, herramientas psicoterapia positiva y proceso de prevención de recaídas. Los módulos son: Home, donde el paciente sabrá si puede funcionarle el programa a su caso; luego motivación, entendimiento

del problema, poniéndose en marcha, flexibilidad, experiencias agradables, compromiso con valores, aprendizaje de habilidades y luego pautas a seguir post-programa. Además se brinda a cada participante ejercicios y prácticas para realizar a lo largo del programa.

Respecto a sus resultados, encontraron que su propuesta en personas con sintomatología depresiva leve o moderada mejoraba el cuadro, considerando a un terapeuta así como sin él lo cual permitiría reducir costos, demostrando mejora en sus síntomas comparado con grupo control. Los participantes aprendieron, además, a hacer frente a situaciones difíciles que aparecieron en medio de la aplicación de su programa; manteniendo estas habilidades aprendidas hasta un año de seguimiento, y con respuesta y feedback favorable por parte de los mismos. Los autores concluyen afirmando la necesidad invaluable que es buscar intervenciones efectivas a nivel de costo y resultados debido a la gran prevalencia de casos, sobre todo de enfoques auto-aplicados que puedan ser parte de la vida cotidiana de los pacientes.

En Colombia, los investigadores Vanegas et al. (2017) proponen el e-mental health como alternativa de seguimiento a pacientes dados de alta de tratamientos para depresión. Con una muestra de 15 pacientes luego de sus procesos psicoterapéuticos, con remisión de síntomas, los autores buscaron analizar la efectividad del protocolo de intervención Apoyo, Seguimiento y Control de Enfermedades a partir de Sistemas Operativos (ASCENSO), software que responde a las necesidades de apoyo del paciente que se reporta al terapeuta también. Así, contempla por un lado Monitoreo de síntomas residuales y por otro Gestión de posibles crisis que aparezcan en la etapa de seguimiento. Se encontró respuesta positiva al uso del programa online por parte de los usuarios, medido cualitativamente como una buena herramienta de monitoreo, aunque generó cierto reparo en compartir aspectos íntimos, tuvo en general buena aceptación. Son 3 las ideas a considerar que influyen en la agradabilidad del programa: el acceso a la tecnología, soporte terapéutico y situación específica de cada persona.

Los investigadores Fleming et al. (2014) revisaron estudios de intervención basada en juegos para la depresión para identificar su eficacia en población joven de entre 9-25 años. Citando a The National Institute for Clinical Excellence (2009), afirman que las guías de intervención incluyen actualmente la TCC por computadora para trastornos ansioso depresivos, con evidencia tanto para población adulta, como para infanto-juvenil que van siendo cada vez más estudiadas. Acorde a Arnab et al. (2015), los llamados Juegos Serios constituyen juegos que tienen como característica la posibilidad de tener un propósito de aprendizaje o salud; teniendo, por ejemplo, efectividad en adherencia al tratamiento en problemas de salud como cáncer, diabetes o asma. A nivel de salud mental, señalan, este tipo de juegos abarca: imaginiería visual, técnicas de inmersión, aprendizaje vicario de modelos o personajes virtuales, habilidades sociales, cambio de comportamiento, locus de control y autoeficacia en un contexto simulado y que no representa una amenaza para los pacientes. La realidad virtual, afirman, hace posible vivir una experiencia para entrenar al paciente durante su rehabilitación, hasta el momento en que tenga que afrontar situaciones de la vida diaria. Se tomaron en consideración nueve estudios, con medidas pre y post, enfocados en la utilización del juego como método integral entregados en CD-ROM y computadora, en su mayoría con base cognitivo conductual, para la infancia y adolescencia. La mayoría de estudios, también, tienen como principal atributo un mundo de fantasía en donde cada individuo puede aprender habilidades para la vida real.

Se concluye que los resultados apuntan a una mejora en la adherencia terapéutica; y permite, en lo posible, la reducción de síntomas de depresión. Además, la intervención resulta amigable y del agrado de los usuarios como una alternativa distinta y novedosa. Es así que las intervenciones por computadora son preferidas por los pacientes más jóvenes. No obstante, también señalan que hace falta mayor descripción y posibilidad de acceder a los juegos planteados para optimizar y especificar su análisis. Los autores proponen, además, que se pueda estudiar la utilización de tecnologías como teléfonos Smartphone y apps para determinar su

efectividad. La información que se maneja, a partir de esta revisión, es que es posible elaborar intervenciones basadas en el juego para la depresión y hay un buen feedback de quienes se beneficiarían del mismo. Si bien no hay resultados concluyentes, sí resultan prometedores y anuncian un nuevo campo para desarrollar investigación y pruebas.

Por su parte, Fernández y Serrano (2016) defienden la idea de que la presencia de emociones positivas son beneficiosas al momento de afrontar dificultades; y, según planteamientos previos como el de Folkman y Moskowitz (2000) tienen la capacidad de disolver los efectos que tienen las emociones opuestas, lo cual da espacio a un nuevo repertorio de emociones y comportamientos satisfactorios para la persona. Luego de estudiar a las emociones positivas como factores protectores contra trastornos como la depresión o ansiedad, optaron por comenzar un proyecto para aumentarlas, desde la tecnología. Los autores desarrollaron un procedimiento de inducción emocional mediante el uso de realidad virtual llamada “Parques”, cuyo objetivo es inducir diferentes emociones en los usuarios participantes, o cambiar por estados opuestos a los que se encuentran ya los mismos (ejemplo, de negativas a positivas). Optaron por realizar un estudio como intervención preventiva del riesgo de tener un trastorno mental, como ya habían mencionado Santos et al. (2013) y confirmando si los usuarios cambian en su perspectiva de bienestar, sobre los más vulnerables.

Con una muestra de 10 voluntarios, entre 18 y 54 años con antecedentes familiares de depresión, se aplicaron pruebas de estado de ánimo pre y post a la intervención. El programa contaba con: instrucciones por voz, cambios ambientales al parque, frases e imágenes afectivas, recuerdos emocionales, entre otros. Como resultado, encontraron un aumento en emociones positivas y decremento en las negativas; además de aumento del estado de relajación. Si bien no se llegó a afirmar un cambio en la percepción subjetiva, se observó una tendencia al cambio positivo al inducir estas emociones al usuario. Los autores afirman que son necesarios estudios

con mayor muestra, mayor número de sesiones y realizarlo en el tiempo para ver cambios conclusos y su potencial preventivo en la depresión.

El e-mental health puede ser también una modalidad para brindar tratamientos como las terapias contextuales. Por ejemplo, la modalidad de aplicación móvil ha sido abordada en el estudio de Lappalainen, Langrial, Oinas-Kukkonen, Tolvanen y Lappalainen (2015). Realizaron un ensayo aleatorio controlado con 39 personas con síntomas depresivos a quienes aplicaron un programa de terapia de aceptación y compromiso (ACT o TAC) basado en internet: Good Life Compass. Sus seis módulos contemplan las principales técnicas de ACT: flexibilidad psicológica, momento presente, desesperanza creativa, yo como contexto, y aceptación, todo presentado a través de escritos y audiovisuales, que se completaba con tareas experienciales. Los resultados indicaron mejorías en los síntomas de depresión tanto emocionales como fisiológicos; y se consolidaron las habilidades aprendidas características de esta terapia. Hubo un mantenimiento de estos favorables resultados luego de un año.

Otros estudios similares son el de Brown, Glendenning, Hoon y John (2016), quienes revisan 10 artículos de intervención por internet de la TAC encontrándolo efectivo para el manejo de la depresión y agradable para los usuarios. Recomiendan mayores estudios para generalización de resultados. Lambert et al. (2018) proponen el programa eMotion, que combina la activación conductual (AC) con promoción del hábito de actividad física. Con una muestra de 62 pacientes, logrando la reducción de síntomas demostrando su factibilidad como una probable modalidad de intervención que merece mayores ensayos clínicos.

Para el segundo grupo de tratamientos innovadores se consideran ya los planteamientos psicoterapéuticos, comenzando por los de las terapias contextuales o de tercera generación, la tercera ola de la perspectiva cognitiva que presenta algunos cambios al momento del abordaje

de problemas emocionales. Para propósitos de este estudio se consideran tres: Mindfulness, TAC y AC.

El Mindfulness o Atención Plena representa el proceso en el que una persona asume el rol de observador de su experiencia interna y externa, aceptando estas tal como se presentan; y se relaciona con el budismo y técnicas de meditación. Algunas terapias que se sirven de este proceso son: psicoterapia gestáltica, terapia dialéctico conductual, terapia de aceptación y compromiso, terapia breve relacional, reducción del estrés y terapia cognitiva. La terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) es sobre la que mayor estudio e investigación se realiza en su intervención para depresión. (Vásquez-Dextre, 2016).

Moscoso y Lengacher (2017) mencionan un punto de vista relevante sobre la depresión, anunciando que, desde esta perspectiva, el trastorno tiene como característica una desregulación emocional, en el sentido de que son las emociones y afectos negativos son más experimentadas, y se encuentran en déficit las emociones positivas, lo cual dispara la sintomatología. El paciente se enfrasca en la tarea de intentar regularse lo cual termina en una cognición rumiante y finalmente anhedonia. Afirman, además, que hasta el momento las terapias se han centrado en el trabajo con emociones negativas, y que aquello va cambiando poco a poco hacia un enfoque en el desarrollo del afecto positivo para contrarrestar el trastorno, puesto que permite que el paciente adquiera la habilidad de hacer frente a situaciones de estrés que usualmente le llevan a la depresión.

Como se mencionó, la MBCT ha sido preferentemente útil para depresiones recurrentes y con recaídas, partiendo del principio de que estas personas tienen cierto nivel de vulnerabilidad a experimentar más episodios (Dimidjian & Segal, 2015). Esto lo atribuyen a una rumiación negativa que en consecuencia trae emociones negativas e impide el intento del paciente de salir de ello. A través de las intervenciones demostradas, el paciente adquiere una metacognición,

la posibilidad de tener una actitud de aceptación frente a su propia experiencia de estrés y poder encontrarle un sentido positivo a la misma que le permite no recaer en patrones previos disfuncionales. (Garland, 2015). Moscoso y Lechenger (2017) explican los 3 mecanismos por los cuales esta intervención novedosa funciona:

- Focaliza su atención para tener mayor conciencia sobre patrones cognitivos negativos, incorporando la respiración e interrumpiendo de manera suave esa rumiación.
- Apertura al contenido de la mente en el presente, que brinda mayor claridad mental.
- Dejar el juicio de los pensamientos, sin catalogarlos o repetirlos constantemente, estimulando que aumenten las emociones positivas.

Finalmente describen que el éxito de esta terapia basada en mindfulness se fundamenta en dos principales efectos: ampliar la postura perceptiva y disminuir el sesgo provocado por el estado de ánimo disminuido propio de la depresión.

En lo que respecta a evidencia de la eficacia de esta intervención en la depresión, el estudio de Sass et al. (2019) reportó la disminución de síntomas como la anhedonia, además de influir en el cese del auto-juicio de la experiencia por parte del paciente. Las intervenciones basadas en mindfulness son eficaces para reducir la severidad del cuadro clínico depresivo, siendo comparable con la TCC (Hofmann & Gómez, 2017). La revisión sistemática de Goldberg et al. (2018), es la primera en estudiar los efectos del mindfulness en sintomatología específica de desórdenes emocionales. Abarcó 142 estudios, cuyo análisis arrojó que, la evidencia más clara es relacionada a la depresión: en promedio, las intervenciones basadas en mindfulness obtienen similares resultados a la TCC y farmacoterapia en resolver síntomas y en seguimiento; y, además, es más eficaz que aquellos sujetos sin tratamiento, y en grupos control.

La recomendación de estos autores es buscar diferencias individuales entre los sujetos beneficiados que, unidos a esta intervención, logren mayores cambios.

Cierta parte de la investigación ha destinado sus esfuerzos por evidenciar que este tipo de abordaje puede influir sobre el patrón rumiativo desadaptativo en las depresiones recurrentes, es decir, el conjunto de ideas repetitivas acerca del estado de tristeza que lleva al paciente a eventualmente recaer (García, Valencia, Hernández-Martínez & Rocha, 2019). Castro (2019) revisó 10 estudios entre meta-análisis y revisiones sistemáticas que conglomeran literatura y evidencian la eficacia del mindfulness para disminuir los pensamientos rumiativos. Metcalf et al. (2019) reunió un conjunto de evidencias para la MBCT, encontrando mayor sustento a su eficacia para prevenir las recaídas en personas con episodios recurrentes en remisión, que para aquellos en episodios agudos. El trabajo futuro, mencionan, estará orientado hacia modalidades como el teléfono y el internet para tratar a los diagnosticados. Del mismo modo, el estudio de Spinhoven, Huijbers, Ormel y Speckens (2017) evaluó el post-tratamiento de 15 meses en pacientes con episodios recurrentes en remisión, que habían pasado por MBCT. Encontraron que estos manifestaban buen manejo de herramientas de mindfulness como auto-consciencia que se asoció con menores niveles de neuroticismo y mayores de extraversión.

Dentro de las terapias contextuales que fueron abordadas brevemente en previos apartados, se había descrito la Activación Conductual (AC) como la terapia que se crea con el objetivo de intervenir en depresión. A continuación se desarrollará con mayor precisión.

Álvarez (2019) describe desde la perspectiva de esta terapia a la depresión como resultado de un déficit de refuerzos positivos del ambiente que llevan al individuo a dejar de movilizarse buscando su satisfacción; por el contrario, este manifiesta un comportamiento evitativo y estático. De esta manera, el paciente trabajaría en identificar los aspectos en su ambiente que están generando esos comportamientos y buscar aquellas acciones que lo

acerquen a la gratificación, a reforzadores adecuados para un buen estado de ánimo, comprendiendo al contexto en esta teoría como esencial.

Añadiendo a esto, Barraca & Pérez-Álvarez (2015) indican que debido a que el individuo está concentrado en repetir patrones de conducta que le alivian pero que no resuelven su sufrimiento, se le debe acercar a experiencias que refuercen positivamente su vida. La intervención, así, no la consideran eficaz si se quiere producir un cambio de frente en los pensamientos, ya que estos son considerados consecuencias y no causas del estado anímico y pobreza motora y desgano presentado en el cuadro. Se dirige, entonces, al paciente de sus modos de afrontar evitativos hacia modos alternativos que sí le ayudan y aportan.

Barraca (2016) señala que los principales métodos de esta intervención: programación de actividades, resolución de problemas, refuerzo positivo, desvanecimiento, refuerzo de habilidades sociales y métodos para acerca experiencias positivas. El terapeuta en su rol de entrenador debe conocer antecedentes y consecuencias de las conductas, buscando que el paciente se acerque a actividades que se refuercen de manera natural y disolver los posibles obstáculos en ese camino. Este mismo autor explica las fases de esta terapia:

- Evaluación: se establece alianza y se analiza el origen de la depresión desde el análisis del entorno donde inició. Realiza registro de actividades diarias y las emociones asociadas y aplica algunas pruebas en caso sea necesario. Se realiza una explicación del comportamiento y de la asociación entre el estado de ánimo y sus actividades.
- Objetivos: se plantean conductas objetivos que son reforzadas naturalmente, buscando el apoyo de su entorno familiar para que las conductas problema y de evitación (así éstas impliquen activación) no reciban refuerzo. Aquí se resalta que el paciente entienda su papel activo, en ese sentido, que comprenda que no requiere de energía para moverse sino que desde el movimiento la energía y vitalidad las irá recobrando. Tendrá la

posibilidad de buscar la ayuda constante del terapeuta, y podrá esperar tener días con bajones anímicos. Y finalmente se plantean las acciones específicas de manera ordenada.

- Aplicación de técnicas: por último se ejecuta el plan de actividades, y se monitorea durante las semanas los cambios en el estado de ánimo. Prestar atención a interferencia de pensamientos y retornar al contacto con la actividad; así como otras situaciones problemáticas que surjan que deben contrarrestarse con entrenamiento en habilidades. Como en otros enfoques, se plantea prevenir recaídas y hacer el cierre de terapia.

El estudio del autor mencionado concluye que la terapia de activación conductual recobra el papel activo y responsable del paciente que padece depresión en su propia recuperación, ya que no reduce esta entidad a la biología ni la percibe desde un modelo médico. No obstante, hacen falta mayores estudios que lo comparen en resultados con propuestas cognitivas.

Martin y Oliver (2019) mencionan que han sido desarrollados dos modos de AC, la original y la versión breve (BATD). La principal diferencia es que la primera se vale del análisis funcional conductual del modo en que ha aprendido a actuar el paciente, y utiliza mayores técnicas para entender el problema; mientras que la segunda, de manera más pragmática, se centra en aumentar el refuerzo de todo comportamiento sano en concordancia con valores personales, y disminuirlo para el comportamiento depresivo y/o evitativo. Estos mismos autores evaluaron 12 estudios pilotos y de caso de AC en niños y adolescentes, encontrando limitada evidencia y recomendado estudios de mayor escala y diversidad de muestra.

La AC permite reducir la sintomatología depresiva, como Agis (2019) encontró en la revisión de 14 estudios, debido a que genera en el paciente una conexión con distintas acciones que siempre van en línea con sus valores de vida, estos comportamientos sanos contradicen el

estado depresivo en el que se encuentra. A diferencia de otros modelos, la AC hace que el paciente actúe para que emocionalmente mejore, y no al revés.

Otros estudios que demostraron su eficiencia en reducir el trastorno depresivo y mantener la mejora son los de Miles et al. (2019) en adultos y Orgeta, Brede y Livingston (2017) en adultos mayores. Richards et al. (2016) realizaron un estudio comparativo de AC y TCC para pacientes con depresión, encontrando efectos equivalentes, y una particularidad: la AC podía ser practicada por profesionales de la salud mental sin necesidad de un entrenamiento costoso o de muy alta calidad, lo cual permitiría reducir costos y que por tanto sea una alternativa más accesible a quienes la requieren.

También existe evidencia en pacientes oncológicos con el diagnóstico de depresión, como el estudio de Becerra et al. (2017) y González et al. (2019) que encontró útil la AC para tratar el desorden emocional, teniendo otros efectos positivos en la calidad de vida y físico de los pacientes atendidos. Sin embargo, recomiendan nuevos estudios que especifiquen características de la enfermedad y del paciente y su influencia en los resultados. Dicho todo esto, muchos de los estudios encontrados en las revisiones mencionadas son de caso único o de pequeña cantidad de participantes, por lo que se debe interpretar con cautela, requiriéndose mayores replicaciones en mayores muestras.

Otra de las terapias abarcadas es la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) propuesta al final de los años 90 por Steven Hayes, a partir del contextualismo funcional y la teoría del marco relacional, que aborda de una manera distinta también la psicopatología y la depresión como tal.

Según esta, la terapia no tiene la tarea modificar pensamientos o emociones negativas, sino identificar la función que estos cumplen en la persona y cómo se relacionan con la misma logrando mayor flexibilidad en el comportamiento (Hayes, Strosahl & Wilson, 2014). El

problema psicológico reside en algo que nombran trastorno por Evitación Experiencial, que implicaría un patrón de comportamiento rígido donde la persona usa como estrategia el evitar todo aquello que le genera malestar, respondiendo a lo establecido socioculturalmente como estar bien y no permitir pensamientos etiquetados como negativos. Esto alivia al paciente pero con el pasar del tiempo lo aleja también del bienestar y de sus valores, y no termina de eliminar sino refuerza la inestabilidad emocional (García y Tamayo, 2018).

El objetivo de esta terapia sería, entonces, lo opuesto a evitar: aceptar. Que el individuo acepte que sus intentos por deshacerse del sufrimiento son los que más dolor le generan, y sus intentos por controlarlo todo son infructuosos. A partir de ello podrá buscar aquellas partes de su experiencia que sí están bajo su control y se compromete a desarrollarlas. Aprende a emplear la capacidad de dar la bienvenida a sus vivencias desde la aceptación, es decir, estando dispuesto a sentir y pensar incluso aquello que previamente etiquetó como negativo, cambiando su patrón de escapar o evitarlo. Aquí también se puede resaltar que el elemento verbal es importante, ya que al etiquetar sus experiencias el paciente las juzga y se tiene que trabajar para dejar de catalogarlas e identificarse con ellas. (Olivo, 2019).

Barraca (2016) hace una revisión del estado de esta terapia, en el que describe las fases de intervención de la misma desde los manuales, y que se lleva a cabo luego de que se ha hecho una evaluación exacta de la situación que atraviesa el paciente. Cabe resaltar que durante todas estas fases la relación terapéutica resulta importante, el psicoterapeuta debe mostrar sobre todo una actitud de compasión y entendimiento desde lo que para el paciente importa y vale.

- La fase de desesperanza creativa que permita al paciente cuestionarse lo infructuoso que es luchar contra sus propias experiencias y cómo el control es el problema, para que tome la decisión de actuar distinto y parar de intentar aliviar sus síntomas

- La fase de insight en la que el paciente comprende que al intentar controlar, se vuelve el control un problema y no la depresión como tal.
- La fase de desliteralización donde se explica el papel del lenguaje en el significado atribuido a sus vivencias y a su estado de ánimo. Aquí también se hace la defusión cognitiva, momento en el cual el paciente deja de identificarse con sus contenidos cognitivos optando por mantener distancia psicológica de los mismos.
- La fase de diferenciación del yo contexto del yo contenido y el yo observador, el individuo es solo un lugar donde todos los eventos se dan.
- La fase de los valores y metas, donde se proponen direcciones valiosas hacia lo que es verdaderamente importante.
- La fase de aceptación y compromiso, donde se ponen en práctica todas las acciones planteadas y se resuelven los posibles obstáculos que vayan apareciendo ya que es un cambio total de filosofía.

Hayes (2016) explica que ningún desorden emocional puede evaluarse sin tomar en cuenta el contexto, y que no es prioridad alguna el indagar en el contenido de los pensamientos. En la TAC trastornos como la depresión no existen por una alteración cognitiva, sino por la manera en que quienes la padecen toman literalmente esto y se empeñan por hacerlo desaparecer mediante una constante lucha psicológica bastante dañina. En ese sentido, para el terapeuta TAC será necesario explicar la importancia de dejar sentir las emociones, a la vez que permite al paciente atravesar situaciones de dolor que sí pertenecen y son naturales al mundo de la experiencia humana.

Respecto a la eficacia de esta intervención, Hacker, Stone y MacBeth (2016) revisan extensamente la evidencia acumulada en desórdenes de ansiedad y depresión, y para

este último analizan 439 estudios, todos con tamaño de efecto moderados a altos en comparación con grupos control. Sin embargo, no existe ningún reporte, aunque sí similitud, que indique mejores resultados que los de las terapias basadas en evidencia como TCC. Recomiendan, ante esto, estudiar qué características únicas de este modelo podrían eventualmente explicar el cambio al ser comparado con otras terapias. Por último, los resultados evaluados debieran ser también la calidad de vida y no restringirse a la patología, lo cual estaría más alineado con lo que esta teoría postula. Otros estudios han reafirmado, de la misma manera, a la TAC como una opción eficaz para el tratamiento de la depresión, con resultados similares a los que provee la TCC. Su aporte, más allá de la mejora clínica, es el aumento de la flexibilidad en el paciente, que indica el logro del cambio terapéutico desde su teoría (A-Tjak, Morina, Topper & Emmelkamp, 2018; Twohig & Levin, 2017).

En términos de prevención de recaídas, el estudio de Østergaard et al. (2019) encontró que luego de haber recibido tratamiento, más de 200 personas recibieron una intervención grupal de ACT de ocho semanas encontrándola eficaz para reducir los síntomas residuales depresivos y manteniendo la mejora hasta el seguimiento de un año, lo cual la convierte en una probable buena opción para evitar la aparición de nuevos episodios. Finalmente, se encontró un estudio de caso de 2016 de los autores Pérez y Uribe, quienes realizaron una intervención de ACT en una paciente con trastorno mixto ansioso depresivo y un diagnóstico oncológico. Sus resultados arrojaron una disminución de sintomatología depresiva, no significativa a nivel clínico. Claro que estos resultados no son generalizables pero esbozan los logros de esta intervención. Estudios como los de Karlin et al. (2013) y Alonso et al. (2013) también muestran su eficacia. No obstante, hacen falta protocolos para seguir demostrando su eficacia para tratar este trastorno.

Habiendo mencionado las alternativas de apoyo tradicionales en apartados previos, modalidades e intervenciones innovadoras, se han considerado también para este espacio intervenciones desde la psicología positiva, que nace desde un entendimiento distinto de la enfermedad mental. Como fue mencionado, se desarrolla desde las teorías de Seligman hace más de veinte años. Alcántara-Castro (2016) realiza una revisión de las terapias que se complementan con la intervención en depresión, describiendo la Terapia de bienestar llamada Well-being Therapy (WBT). Esta parte de una premisa: las personas con depresión están expuestas a actividades que no les generan satisfacción y que no es forzado de manera positiva por su contexto. El objetivo es entonces la generación de contexto y experiencias que resulten agradables para un individuo que solo está obteniendo lo negativo de la vida. La autora mencionada arriba indica que algunos aspectos que busca desarrollar esta terapia es: fortalezas, emociones positivas como la gratitud, cogniciones optimistas y comportamiento asociados al ámbito pro-social.

En su revisión teórica Fava, Cosci, Guidi y Tomba (2017) explica sobre la psicoterapia positiva, que tuvo base en el planteamiento del bienestar psicológico que implica autonomía, contacto con el ambiente, crecimiento personal, percepción del exterior y actitud positiva sobre uno mismo. La terapia puede tener de 8 hasta 20 sesiones, de una hora pudiendo ir de la mano con la TCC con menos número de sesiones (Fava, 2016).

Bohlmeijer, Bolier, Lamers y Westerhof (2017) describen la intervención, diciendo que consiste inicialmente en ocho sesiones de hasta una hora. Se compone de tres partes: en la primera se evalúan los períodos de bienestar cuantificando ese nivel de satisfacción, en segundo lugar se analiza mucho más todo lo que acompaña estos períodos y finalmente se disponen a fortalecer todo aquello que se pueda para optimizar el bienestar del paciente. Se ejecutan técnicas para jerarquizar las actividades y predecir los posibles obstáculos entrenando en

habilidades. Parte de la terapia, mencionan, es llevar un diario estructurado que permita identificar aquellos momentos de bienestar y el contexto en donde estos se dan, poniendo una calificación de 0-100 a la satisfacción percibida. El paciente hace una revisión y cuestionamiento de sus creencias y emociones relacionadas con su bienestar, mas no con su perturbación; se expone a experiencias óptimas y que son de temor con el fin de que el paciente crezca (Fava, Cosci, Guidi & Tomba, 2017).

Algunos estudios aleatorios controlados que han utilizado componentes de la TCC junto a la WBT (Guidi, Tomba & Fava, 2016; Kennard et al., 2014; Stangier et al., 2013) arroja resultados eficaces en la disminución de recaídas, al ser utilizadas en la fase post-tratamiento con medicación; sin embargo, no se ha esclarecido el rol de la WBT en estos logros. Estudios como el de Cháves et al. (2014) demostraron la eficacia que intervenciones positivas pueden tener no únicamente para el logro de la reducción de la depresión sino para que el paciente adquiera habilidades positivas para la vida, manteniendo similitud en cuanto a la eficacia con la TCC. A continuación se describirán algunos resultados más específicos de esta terapia aplicada para la depresión.

Pintado y Castillo (2017) crearon un programa piloto en base a psicología positiva para reducir sintomatología depresiva. Desde un diseño pre experimental, contaron con 16 estudiantes universitarios de México quienes fueron evaluados previa y posteriormente con instrumentos sobre la depresión y fortalezas. Esta estuvo formada por ocho sesiones en grupo, siendo una por semana y con ejercicios para casa incluidos. Las primeras tres sesiones están enfocadas en las fortalezas y cómo desarrollarlas en su día a día, en la gratitud diaria y en enfocarse en los aspectos positivos de su rutina. En las sesiones restantes se trataron los temas de atención plena, generar una perspectiva de optimismo y esperanza en las situaciones que les ocurren, habilidades sociales, cosas positivas y autoimagen y autoconcepto; todo esto con

prácticas que debían seguir toda la semana. Los resultados arrojaron que los síntomas se redujeron e incrementó la satisfacción de vida y afecto positivo. Los investigadores concluyen resaltando que estas intervenciones deben replicarse con mayor muestra y grupo control, necesitando mayor investigación en su eficacia. Señalan que desde su punto de vista, el enfoque debe ser potenciar las competencias y herramientas y recursos de los pacientes sin centrarse únicamente en lo patológico. Así, el objetivo final sería el aumento del bienestar psicológico y la reducción del malestar emocional para evitar que escale a un trastorno.

Los investigadores Mira et al. (2018) promueven la colaboración entre dos modelos: la TCC y la intervención psicológica positiva, que se resumirían en la llamada Psicología Clínica Positiva. Solo otros dos estudios han abordado esta fusión de intervenciones (Bolier et al., 2013; Meyer et al., 2009) debido a que las consideran complementarias y cuyos aportes se pueden aprovechar para lograr la remisión de los pacientes en depresión. Estos autores realizaron una intervención desde esta óptica en cinco personas con depresión o sintomatología encontrando en sus resultados que se redujo la depresión, ansiedad, afecto negativo y, por otro lado, aumentó el afecto positivo y perspectiva futura. Su intervención combinó por un lado el trabajo cognitivo y afectivo, con la flexibilidad psicológica y desarrollo de recursos y fortalezas positivas del paciente, preparándolo para hacer frente a situaciones futuras. Así, concluyen que el aumento en emociones positivas funcionaría como factor protector de síntomas de depresión; claramente todo esto debe ser comprobado con mayor número de personas para lograr ampliar los tamaños del efecto. Cabe resaltar que los participantes indicaron altos niveles de agradabilidad por esta intervención, lo cual da pie a que se pueda realizar en otras poblaciones hasta probar su eficacia en ensayos controlados.

La tesis presentada por López (2018) estudia los resultados mencionados líneas arriba. Se dedicó a trabar un programa en base a la psicoterapia positiva, comparando qué tan eficaz

y aceptable es en contraposición a un programa cognitivo-conductual para la depresión. Concluyeron que ambas fueron aceptadas por los pacientes receptores. No obstante, se encontraban más satisfechos con las condiciones de las intervenciones positivas. En cuanto a su eficacia en los síntomas, no encontraron a ninguna intervención como superior; sin embargo, el aporte era la inclusión de la mejora del bienestar en las intervenciones positivas: el paciente estaba más atento y reaccionaba a las experiencias positivas luego de participar.

El avance que recalcan los autores citados es que la psicoterapia positiva representa un tratamiento comparable a nivel de eficacia con uno validado y basado en evidencia; y debido a que hay una limitada cantidad de estudios, hace falta mayor investigación para generalizarla para los profesionales y usuarios de los servicios de salud mental.

III. RESULTADOS

3.1. Discusión del tema

La problemática alrededor de la depresión inicia con la cantidad de personas, más de 300 millones a nivel mundial, que continúan siendo afectadas (OMS, 2020). De estas, en algunos lugares hasta el 90% puede no estar siendo atendido por diversas razones, pero sobre las que una prima: el estigma añadido a los problemas de la salud mental, enquistado en la sociedad (Morales, 2017). No es una sorpresa, o algo inimaginable que en psicología se continúe priorizando la mejora de los tratamientos, haciendo énfasis en aquellos que permitan que las personas diagnosticadas no recaigan ni continúen en estado de discapacidad, con años de vida perdidos y con una funcionalidad diaria deteriorada, debido a que ya han sido declarados los riesgos de que se mantenga la enfermedad (OMS, 2020; Torres, 2018). Con especial ahínco buscando respuestas para la atención en salud global y sin que la diversidad sea una trampa, por lo cual los esfuerzos se han colocado a nivel de prevención y lucha por la aceptación de la depresión como un trastorno que requiere de ayuda. Ya no es un tema restringido únicamente a la salud mental, sino también económico y de salud pública general.

Se ha considerado que los resultados a discutir respecto a intervención en depresión comprenden terapias como tal que corresponden a sus modelos psicológicos teóricos, abarcando también aquellos estudios innovadores para la depresión; todo esto se presenta a continuación.

En primer lugar, los tratamientos basados en evidencia recomendados en guías son la terapia cognitivo-conductual cara a cara y terapia interpersonal (IETSI, 2019; MINSA 2008; MINSA, 2013; OMS, 2010 & Vargas et al., 2019) continúan siendo útiles hasta el día de hoy

y son los tratamientos de preferencia en el sistema de salud. La efectividad del tratamiento cognitivo conductual para la depresión ha sido comprobada por diversos estudios controlados detallados en meta-análisis (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Davis et al., 2016; Krishna et al., 2011; Lazarov et al., 2018; Mulder et al., 2017; Pereira et al., 2018; Sales, Pardo & Mayordomo, 2015; Williams et al., 2015). De igual modo, se ha demostrado la eficacia desde la perspectiva de intervención psicodinámica (Driessen et al., 2016; Fonagy, 2015; Goldstone, 2017; Leichsenring et al., 2015) y terapia interpersonal (Cuijpers et al., 2016; Duffy, Sharpe y Schwannauer, 2019; Fonagy et al., 2019; Gavidia & Guerra, 2019).

Estas han sido consideradas en el tratamiento accesible a profesionales y pacientes debido a la evidencia que las apoya. Sin embargo, la literatura ha demostrado las altas tasas de recaídas que mantienen y hacen crónico este trastorno, hasta en un 50% de los atendidos. Así también a mayor número de recaídas, más frecuentes se harán estas (APA, 2013). Los tratamientos mencionados aún no han podido demostrar sus efectos a nivel de mejora sostenida en el tiempo y de prevención de recaídas (Flores, Terán & González, 2014; Karyotaki et al., 2016; Sanz, 2017; National Health Service, 2016).

Entonces, los pacientes vuelven a tener episodios y este es un problema latente, y necesario de combatir por una sociedad mentalmente más saludable. Además existe otro evidente problema, con una brecha de atención de enfermedades mentales de entre 69% en Lima metropolitana y 93,2% en Lima rural (INSM, 2012), siendo 2 personas de entre 10 afectadas las que son atendidas y considerando la evidente discapacidad que trastornos como la depresión generan, es preocupante. El MINSA (2018) advirtió también que son las personas estigmatizadas, vulneradas por alguna condición, o excluidas las que menos atención reciben y muchas veces quienes más las necesitan, existiendo una desigualdad como barrera que se mantiene presente. La mayoría de estas personas no pueden acceder a estos tratamientos por

falta de conciencia sobre salud mental, por estigma social, o por poca disponibilidad en su área de servicios.

En segundo lugar, comentando sobre las intervenciones innovadoras, se ha considerado estructurar su desarrollo en tres grandes áreas: e-mental health como modalidad de atención terapéutica y terapias como tal: de tercera generación y psicoterapia positiva.

Respecto al e-mental health (Lal, 2019), que parte de la propuesta de la Telesalud, se viene desarrollando hace más de 10 años según los estudios encontrados, tiene diferentes tipos de vertientes como son aplicaciones, llamadas telefónicas, videollamadas, e incluso realidad virtual. La terapia online de enfoque cognitivo conductual es la que mayor evidencia tiene de obtener resultados igual de eficaces que la modalidad presencial, con o sin intervención del terapeuta (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper & Hedman-Lagerlof, 2018; Gratzner et al., 2018; Olthius et al., 2016; Sztein, Koransky, Fegan & Himelhoch, 2017; Vásquez et al., 2015). Algunos de estos estudios han estado enfocados en llamadas telefónicas y realidad virtual, en específico juegos o programas interactivos.

Así también, combinando diversas técnicas de corrientes distintas (cognitiva, psicología positiva, y tercera generación) la creación de un programa virtual autoaplicado logró reducir la depresión de un grupo de pacientes (Botella et al., 2015). La posibilidad de usar e-mental health como herramienta de seguimiento fue postulada por Vanegas et al. (2017), cuyo estudio de un programa online de monitoreo sienta una base para continuar investigando el rol que puede tener la tecnología en un período tan crítico como el post-tratamiento que concuerda con el objetivo de prevención de recaídas. Por otro lado, la alternativa de juegos de realidad virtual para población joven con síntomas depresivos ha sido probada como una excelente oportunidad de espacio de intervención autogestionado en los estudios revisados por Fleming et al. (2014),

no solo con el objetivo de tratar la depresión sino también como ventana para trabajar en el establecimiento de habilidades sociales y de apoyo para los participantes.

Fernández y Serrano (2017) unieron el planteamiento de la psicología positiva con la realidad virtual, encontrando que a través de un programa de esta modalidad pueden llevar a las personas a desarrollar más emociones positivas y protegerse contra posible sintomatología depresiva. Y, finalmente, estudios en los que esta modalidad colabora con terapias conductuales como AC y ACT tienen resultados prometedores (Brown, Glendenning, Hoon & John, 2016; Lambert et al., 2018; Lappalainen et al., 2015). Sobre todas estas intervenciones en e-mental health, todos los estudios han recomendado que se necesitan más estudios controlados, mayor muestra, y entender mejor el papel de cada factor personal y del trastorno en la fusión de la psicología y las TICs.

Las terapias de tercera generación se vienen desarrollando años atrás, sin embargo, continúan luchando por obtener su lugar entre los tratamientos generalizables a los pacientes con depresión. Se abordaron la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT), activación conductual (AC) y terapia de aceptación y compromiso (ACT). Sobre la primera, la atención plena tiene su origen desde tradiciones orientales, pero es recientemente que se añadió a la tradicional terapia cognitiva encontrándose efectiva para lidiar con la rumiación negativa que sufren los pacientes depresivos (Castro, 2019; Dimidjian & Segal, 2015; Spinhoven, Huijbers, Ormel & Speckens, 2017), y existen estudios que evidencian resultados en los afectados con historia de recurrencia de enfermedad (Metcalf et al., 2019).

La activación conductual (AC), otra de las terapias contextuales, se creó desde un inicio para intervenir en la depresión, retomando el factor conductual de la TCC como primordial para el cambio terapéutico. Ha demostrado ser efectiva como un tratamiento eficaz para la depresión principalmente en adultos (Agis, 2019; Miles et al., 2019 & Orgeta, Brede &

Livingston, 2017). Se la ha encontrado similar en sus efectos con la TCC, con la posibilidad de llegar a ser más rentable (Richards et al., 2016). Se ha encontrado eficaz en el campo de la psicooncología (Becerra et al., 2017; González et al., 2019). Existe aún un vacío a nivel de conocimiento empírico que es necesario trabajar para tener mayor y más actual evidencia, protocolos formados, herramientas debidamente explicadas, capacitación de profesionales (Bianchi-Salguero & Muñoz-Martínez, 2014).

Y la tercera opción de manejo de la depresión desde el enfoque contextual, la Terapia de Aceptación y Compromiso, parte de una conceptualización muy distinta: la depresión como evitación de la experiencia del sufrimiento humano (lo cual llaman trastorno de evitación experiencial). La evidencia encontrada define que es una terapia adecuada, en comparación con la ya conocida TCC (A-Tjak, Morina, Topper & Emmelkamp, 2018; Hacker, Stone & MacBeth, 2016; Twohig & Levin, 2017) que también lo convierte en candidato para emplear en el mantenimiento de la mejora sintomatológica. Se encuentra evidencia para la psicooncología (Pérez y Uribe, 2016) y en la reducción de síntomas residuales (Østergaard et al., 2019).

Por último, la tercera área dentro de las tendencias de innovación de intervención en depresión: la Psicología Positiva, se originó hace ya más de veinte años y tiene una visión novedosa sobre la depresión que continúa intentando hacerse un espacio en las profesiones de la salud, especialmente porque significa un esfuerzo contrario a la patologización de la enfermedad mental. Trabaja desde las fortalezas y trata de alejarse del lado patológico de la vivencia de la persona. Tiene resultados prometedores desde su variante principal la Terapia del Bienestar, con evidencias de lograr la reducción de síntomas al igual que la TCC, pero haciendo énfasis puntual en su capacidad para aumentar el bienestar emocional y desarrollo de habilidades positivas para la vida lo cual va alineado con sus principios (Cháves et al., 2014;

López, 2018). Además, se la ha encontrado eficaz en la prevención de recaídas al ser combinada con la TCC (Guidi, Tomba & Fava, 2016; Kennard et al., 2014; Stangier et al., 2013). Más recientemente, Pintado y Castillo (2017) encuentran resultados favorables de un programa piloto con base en intervenciones psicológicas positivas logrando disminuir síntomas y aumentar emociones positivas y satisfacción vital, al igual que Mira et al. (2018) que reporta mayor agradabilidad para el usuario por intervenciones positivas que permite el desarrollo de su afecto positivo.

Estos trabajos de investigación marcan la pauta de nuevas intervenciones que, como vemos, no excluyen una de otra sino busca un consenso con las fortalezas que poseen; y que requieren mayores participantes para resultados más fiables.

Dado que se han explicado los tratamientos pioneros y los innovadores, encontrando eficacia en la aplicación de ambos vale la pena resaltar en qué punto confluyen así como el cambio en la visión de la depresión. Esto no significa convertirlos en oposiciones, pero sí generar cierto debate partiendo de la idea de que los pacientes necesitan tratamientos eficaces que resuelvan sus síntomas pero que también mantengan esa mejora y les brinden calidad de vida.

La depresión como entidad clínica comenzó siendo abordada desde el ámbito médico, clasificado como muchos otros desórdenes en los manuales diagnósticos (APA, 1980). La psicofarmacología ha dado conocer la neurobiología detrás del trastorno y la teoría de las monoaminas, que dio lugar al manejo desde los medicamentos; cuya investigación no cesa en buscar opciones más agradables para los usuarios. (Pérez-Padilla et al., 2017).

Diversas teorías explicativas han surgido (Bocanegra & Díaz, 2017) que han terminado por sentar y brindar base a distintas corrientes por las cuales abordar la enfermedad. Freud (1890) ya la describía, entendiéndola como un fuerte sufrimiento del yo (self) por conflictos

inconscientes, cuya presentación clínica equivale a lo que describe su sintomatología. La Terapia cognitivo conductual, y en especial, la terapia cognitiva de Beck y terapia racional emotiva conductual de Ellis, dejaron atrás quien apuesta por el inconsciente, centrando su teoría en la existencia de una triada cognitiva negativa acerca de sí, el mundo y el futuro (Herrera, 2019). Así, las personas deprimidas lo estarían por poseer esquemas cognitivos base que generan creencias irracionales las cuales a su vez median errores de procesamiento sobre lo que les ocurre (distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos), lo cual lleva eventualmente a la perturbación emocional y conductual (Beck, 2019; Carrasco, 2017). El fin último de esta terapia recae entonces en el cambio cognitivo para lograr los dos cambios subsecuentes (Chávez-León et al., 2014; MacLaren, Doyle & DiGiuseppe, 2016).

Desde las terapias de tercera generación se amplió esta base bastante consolidada usando una mirada más holística. Los autores de esta perspectiva plantean tomar en cuenta estos pensamientos disfuncionales que la TCC identifica, pero dejar la lucha contra ellos, dejándolos ser e igual formar una vida plena/significativa aceptándolos (Olivo, 2019). El énfasis dejó de colocarse en los pensamientos y en cambiarlos; y pasó a ser incitar al paciente a actuar más allá de su estado de ánimo, desde la premisa de que la clave es cambiar los comportamientos para que sean reforzados positivamente y que lo importante en su relación con sus estados emocionales más que el contenido detrás de ellos (Barraca & Pérez-Álvarez, 2015; Hayes, Strosahl & Wilson, 2014).

En este sentido, son terapias que dejan de patologizar a la persona y se alejan un poco del modelo médico y la necesidad de resolver todos los síntomas, sino que apuestan por evaluar el contexto en el cual estos proliferan (Álvarez, 2006). Son muchas las vertientes o corrientes que continúan, al día de hoy, buscando el reconocimiento como terapia de elección (Abreu & Dos Santos, 2017).

A raíz de todo lo expuesto, emergen distintas oportunidades prometedoras con respecto al tratamiento de la depresión. Tanto de las terapias contextuales como positivas, se puede rescatar una visión integradora e inherentemente positiva del paciente. No ven a este como un conglomerado de síntomas por modificar, volcando su mirada a los aspectos más favorables de su experiencia y cómo potenciarlos. La utilidad de este enfoque radica en la posibilidad de que al elevar el afecto positivo, las fortalezas y recursos de afrontamiento del paciente se pueda en primer lugar, prevenir, pero también intervenir de manera temprana en disminuir síntomas depresivos como emociones y cogniciones negativas (Chávez et al., 2014; Pintado & Castillo, 2017). Fomentando en las personas habilidad para hacer frente a las situaciones de estrés pudiendo disminuir la vulnerabilidad para caer en trastornos como la depresión.

De la propuesta e-mental health, se rescata la nueva modalidad virtual. Sabemos que las tecnologías de la información son uno de los lugares donde las personas buscan informarse sobre su salud (Blázquez, 2018; Peñafiel, Ronco & Echeagaray, 2016) y desde hace más de diez años las instituciones vienen esforzándose por lograr que toda la población llegue a ser atendida a través de estos novedosos canales (MINSA, 2009; Lal y Aldair, 2014). Sin embargo, los tratamientos llevados por e-mental health son mayormente de corte cognitivo-conductual, vía teléfono o computadora, obteniendo el nombre iCBT (Gratzer et al., 2018; Olthius et al., 2016; Vásquez et al., 2015). Cabe resaltar que estas modalidades no necesariamente incluyen la presencia de un profesional en todas las sesiones, si bien puede haber uno disponible. Aquel detalle permite reducir costos en cuanto a recursos humanos; no obstante, la relación terapéutica como elemento esencial en la recuperación del paciente queda cuestionada (Garay & Gómez-Restrepo, 2011). La importancia de este elemento es común y transversal a todas las propuestas de intervención (Armenteros del Olmo & García-Portilla, 2018), sea la cognitivo conductual (MacLaren, Doyle & DiGiuseppe, 2016), la psicodinámica (Sierra, 2019) o terapias contextuales (Barraca, 2016).

La oportunidad de llevar esta modalidad tecnológica a otros modelos está abierta, como los mencionados anteriormente: mindfulness, aceptación y compromiso, activación

conductual, psicoterapia positiva; cuyos conceptos, técnicas o métodos podrían ser usados como terapia en sí misma, como diario de terapia, o como herramienta de seguimiento o de mantenimiento de la mejora una vez que el paciente es dado de alta. Botella et al. (2015) se adelantaron con la propuesta de un programa autoaplicado dividido en módulos que toman en cuenta todas estas propuestas: técnicas cognitivas, flexibilidad psicológica, valores, habilidades positivas.

Asimismo, estudios como el de Brown, Glendenning, Hoon y John (2016); Lambert et al. (2018) y Lappalainen et al. (2015) apuestan por combinar la tecnología con las terapias contextuales (ACT y AC), lo cual abre las puertas a seguir la búsqueda en ese campo. Queda como un pendiente replicar alternativas como esta, buscando que se someta a ensayos clínicos controlados que respondan algunas cuestiones: ¿cuál es el mecanismo por el cual actúan estas intervenciones?, ¿qué rol cumple cada perspectiva? y ¿cómo es que se pueden conciliar si sus definiciones originales pueden diferir? Sería interesante ver cómo se puede acercar los distintos tipos de intervención, a través de medios digitales, a quienes por alguna razón no pueden acceder presencialmente. Además, ¿cabría la posibilidad de considerar una combinación en cuanto a la forma en que se brinda la ayuda? Es decir, analizar si se pueden unir la terapia presencial y que los formatos online sirvan de ayudas externas, posteriores, o como seguimiento de terapeuta.

Analizando la evidencia y uniéndola a la problemática encontrada, esto también podría disminuir el problema del bajo mantenimiento de la mejora sintomatológica, considerando que las propuestas de e-mental health (Vanegas et al., 2017) y de tercera generación (Dimidjian & Segal, 2015; Metcalf et al., 2019; Østergaard et al., 2019) e intervención positiva (Chaves et

al., 2014; Guidi, Tomba & Fava, 2016; Kennard et al., 2014; Mira et al., 2018; Stangier et al., 2013) ya han sido probadas como eficaces para primero, personas que hayan sufrido recaídas, así como en prevención de las mismas reforzando sus recursos personales. En resumen, si bien los planteamientos de tratamiento demuestran un avance y se están generando modelos enriquecedores, quedan diversas interrogantes por resolver y abundante investigación por desarrollar.

3.2. Aportes en base al análisis crítico

Luego de realizar una amplia revisión sobre la innovación en intervención en depresión, se encuentra que las propuestas son muy novedosas y pueden ser optimizadas y aplicables, pero en este momento se encuentran en una etapa de prueba, en la que todavía los profesionales no han depositado totalmente su confianza en ellas. Existe, entonces, una limitación en la práctica profesional tomando en cuenta los vacíos encontrados en las revisiones: mejoras necesarias a nivel metodológico, así como especificaciones de cuál es realmente el mecanismo de acción de estas intervenciones psicoterapéuticas.

Dentro del estudio de las intervenciones basadas en evidencia la tendencia marcada en los primeros apartados del estado del arte es la de la TCC, sea la propuesta de Beck o Ellis, parecen ser a nivel científico y clínico las que mayor aceptación social y evidencia tienen para llevarse a cabo, encontrándose estudios de caso así como estudios con mayor muestra que demuestran sus resultados.

Los diversos estudios meta-analíticos y de ensayos controlados encontrados indican que el paciente deprimido es beneficiado por las terapias que actualmente recibe, sobre todo si recibe terapia cognitivo conductual o interpersonal durante un episodio agudo, sin contemplar

todavía el efecto de estas en el mantenimiento de la mejora o la posibilidad de recaídas (Flores, Terán & González, 2014; Karyotaki et al., 2016; Sanz, 2017; National Health Service, 2016). Esto parece importante ya que se necesitan acciones tempranas y al momento de la detección para que las personas mejoren sintomáticamente.

Sin embargo, se considera que con el paso de los años la ciencia debe estar enfocada en buscar tratamientos que refuercen los logros terapéuticos luego de las sesiones, que eviten o prevengan a sus pacientes de caer nuevamente en los mismos patrones de los que inicialmente surgieron, dadas las estadísticas mencionadas líneas arriba de las altas tasas de recaídas y costos implicados si es que un trastorno recurre y se vuelve crónico (OMS, 2020; Torrez, 2018). Esta situación que ha llevado a los investigadores a encontrarse en la búsqueda de opciones eficaces y con posibilidad de seguimiento, mantenimiento y prevención de episodios futuros.

En lo que respecta a intervenciones innovadoras, también se encuentra que la tendencia en intervenciones basadas en tecnología da apertura a un tema de conversación entre clínicos e investigadores de elevada controversia. Por un lado, comentándola como una alternativa ideal para lugares donde hasta ahora no arriban profesionales ni de adecuados servicios de salud. Aunque incluso acá vale cuestionar cómo se podría llevar a cabo, considerando que el sistema de salud presencial tiene diversos desafíos que aún no resuelve, ¿está preparado para asumir el reto de la tecnología? Si bien es una manera de llevarlo a personas que no tienen acceso, ¿está el sistema listo para una era en salud online? (Gómez Nicholls, 2015). Y por otro lado, refiriendo un factor influyente y que puede llegar a ser una limitación: el establecimiento del rapport y alianza terapéutica mediante el cara a cara, o diversos mensajes implícitos enviados a través el lenguaje corporal y expresión facial que difícilmente una máquina pueda reflejar.

De hecho, la preocupación por la distancia, así como por la conexión emocional y capacidad de transmisión de comprensión, sensibilidad y empatía ha sido abordado años atrás

en algunos estudios (Jerome & Zaylor, 2000; Wray, 2003). La relación terapeuta-paciente ya ha sido referida como primer componente a desarrollar desde las diversas psicoterapias (Barraca, 2016; Beck et al., 2010; Sierra, 2019; Vargas et al., 2019). Esta relación fue establecida como elemento esencial del pronóstico del resultado dentro de la intervención, como condición para el cambio (Barraca, 2016; Beck, 2019; De La Parra, 2018; Taylor et al., 2018) e incluso se ha relacionado establecer una adecuada alianza para mejorar la recuperación (Klein et al., 2003). El panorama, en general, explica una relación bastante significativa entre la alianza y los resultados esperados en consulta psicoterapéutica.

Sin embargo y habiéndose reiterado esa preocupación, no se ha encontrado evidencia actual que evalúe de manera precisa el rumbo de la relación terapéutica en las instancias del uso de la tecnología. Es así que entonces nace la pregunta: ¿Cómo se manejaría este factor, su presencia o ausencia? ¿Qué significaría el impacto verdadero de un terapeuta a la distancia? Fleming et al. (2014) y Garay y Gómez-Restrepo (2011) ya se han cuestionado esto a partir de los resultados favorables que encontraron y proponen de manera urgente que se proceda a poner a prueba este elemento del vínculo en terapias online para ver su influencia en el proceso.

Tal vez podría ser de ayuda también para pacientes con mayor miedo de afrontar el proceso presencialmente, o cuyo cuadro depresivo es tan intenso que la discapacidad los tiene en cama (Lal & Aldair, 2014; Vásquez et al., 2015). Son cuestiones que se considera tienen que ser reseñadas antes de que estas intervenciones se realicen más frecuentemente, lo cual iría alineado a la división creada por la APA que busca evidencia empírica sobre la relación terapeuta-paciente, que derive sus esfuerzos a analizarla en el contexto de las nuevas intervenciones. El e-mental health resulta una opción tentadora, posible y buena para reducir la brecha en atención de salud, pero se necesita adquirir mayor evidencia y especificaciones de su uso. La videollamada o Skype como canal para brindar terapia online, no ha sido verificada

ni comprobada en estudios recientes, lo cual debería cambiar porque es una modalidad que a través de las redes sociales se promueve y con alta demanda, como lo señala Sánchez (2019), de quien también comparto una preocupación: todo lo realizado en internet de una u otra manera se almacena, ¿cómo asegurar la privacidad de los datos sensibles y clínicos que expone el paciente en estas intervenciones? La APA (2013) y el MINSA (2009) avanzaron en los esfuerzos por regular este nuevo campo en la práctica profesional.

Una de las principales limitaciones que se visualiza en las intervenciones que buscan generarse un campo son las de sus estudios: muchas sin posibilidad de generalización por el escaso tamaño de muestra y sin poder evaluar realmente los efectos, la variabilidad entre sujetos, la eficacia comparada y factores influyentes en el efecto de sus intervenciones. Así, la gran mayoría de esos artículos, como ha sido mencionado, siempre recomiendan mayores ensayos clínicos para resolver cuestiones pendientes y realmente llegar a una conclusión definitiva sobre la eficacia de intervenciones innovadoras. Tal vez es por ese espacio que falta completar que no se han generalizado a guías de práctica clínica aún. Es entendible que cierta cantidad de evidencia es necesaria antes de poner a disposición de todos alguna modalidad rentable de tratamiento en salud.

Por su parte, la perspectiva desde el bienestar en intervención podría sonar muy optimista, pero se piensa que puede funcionar como un buen enfoque desde la prevención. Es decir, al potenciar actividades satisfactorias, conectar con aquellos aspectos agradables de sí mismos y puntuar alto en bienestar mental o psicológico, las personas posiblemente estén mejor equipadas para lidiar y superar distintos síntomas depresivos que puedan emerger, y así tener menor probabilidad de desarrollar el trastorno. Sería importante, también, que estos esfuerzos se focalicen en niños y adolescentes, dada su mayor vulnerabilidad psicológica, razón por la que estas etapas han sido consideradas en planteamientos teóricos y programas de prevención

(Arnab et al., 2015; Garay & Gómez, 2011; Pintado y Castillo, 2017; Sánchez-Hernández, Xavier & Garber, 2014).

Finalmente, como aporte propio a partir de lo investigado, se plantea que dada la urgencia de atención para la depresión desde distintos ámbitos: prevención, detección temprana e intervención oportuna, se debe ir en busca de un enfoque integrado. Esto no implica la confusión entre teorías, sino llegar a entender que el objetivo no es confrontar las corrientes psicológicas entre sí; sino que está bien tener varias opciones, pues cada persona tiene libre decisión de lo que considera más conveniente y agradable. Ravitz et al. (2019) coinciden afirmando que la existencia de la disponibilidad de distintos y efectivos tratamientos, de diferentes modalidades, probablemente permita conectar con las necesidades de pacientes diversos que presentan manifestaciones diferenciales e individuales del trastorno.

Por el contrario, tal vez desde una mirada distinta se puedan fusionar las fortalezas de los modelos, trabajar en sus debilidades y potenciarse mutuamente. La lucha no es entre lo existente, lo innovador, lo eficaz; la lucha es, al final, una lucha contra el estigma y la inaccesibilidad de servicios que muchos ciudadanos en situación de vulnerabilidad viven a diario, quienes no solo cargan con el peso de su trastorno sino con la falta de ayuda, tratamientos, y apoyo social disponibles. Los profesionales de la salud debemos dirigir esta tarea, y unir nuestros esfuerzos para lograr intervenciones por y para todos.

3.3. Conclusiones

En base a lo revisado durante este estudio del arte, se concluye lo siguiente:

- La depresión constituye un problema de salud pública que a lo largo de los años se ha intentado resolver; sin embargo, se continúan buscando alternativas nuevas y que permitan que las personas afectadas reciban un tratamiento adecuado, oportuno y accesible independientemente de su condición, libres del estigma social.
- Las intervenciones basadas en evidencia descritas en este estudio, tales como el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico han demostrado su eficacia; no obstante se mantiene una alta tasa de recaídas y episodios recurrentes depresivos así como un marcado estigma social hacia quienes los padecen, situación que ha llevado a modificar los objetivos de las guías de intervención al intentar buscar soluciones.
- Los nuevos planteamientos de conceptualización y abordaje de la depresión se alinean con los avances de la humanidad optando por propuestas como la modalidad e-mental health; y por otro lado, el desarrollo de terapias tales como mindfulness, activación conductual, aceptación y compromiso y psicología positiva que continúan trabajando en obtener un lugar como intervenciones predilectas.
- Estas intervenciones innovadoras tienen un camino por recorrer en el que resulta importante que sus nuevas aproximaciones y abordajes a la depresión contemplen mayor investigación y evidencia empírica, siendo más específicos, medibles y replicables y dando respuesta a los desafíos que surgen de su aplicación.
- Existen diferentes oportunidades para utilizar de manera colaborativas estas nuevas propuestas, de acercar distintos tipos de intervención a través de medios digitales,

debido a que cada una será más compatible con distintas personas, de este modo no excluyendo ninguna propuesta y poniendo como centro la decisión del paciente.

3.4. Recomendaciones desde una visión psicológica

Desde el punto de vista psicológico, se plantean las siguientes recomendaciones para continuar en esta línea de investigación sobre la depresión:

- Realizar mayores estudios sobre la eficacia de e-mental health para la depresión, para fortalecer la evidencia y que finalmente se considere una opción disponible para todos. Esto va a requerir capacitación del personal llevándolos hacia una nueva era de la atención en salud, nueva información a proporcionar para los ciudadanos que se beneficiarían de esta modalidad, y resolución de sus limitaciones y desafíos.
- La posibilidad de brindar más atención y crédito a la evidencia de propuestas como la del mindfulness, activación conductual, aceptación y compromiso o psicoterapia positiva como parte de las guías de intervenciones a nivel público y privado.
- Construcción de un protocolo respecto al e-mental health, en términos de cuándo debe ser utilizado y cuándo es posible en vez de terapia cara a cara. Así como también abordar sus costos, capacitación necesaria y efectividad comparada o compartida con otras intervenciones.
- Investigaciones con ensayos clínicos controlados para todas las intervenciones innovadoras, ya que no se han encontrado recientes enfocados en la depresión que resuelvan temas metodológicos como un mayor número de muestra, y un procedimiento específico para las intervenciones.

- Expandir el enfoque integrador de perspectivas y no patológico de la enfermedad pues ello posibilita la atención desde distintas intervenciones valiosas, y una visión holística y desde el fortalecimiento de las fortalezas y recursos del paciente para protegerlo de la vulnerabilidad a los problemas psicológicos.

3.5. Recomendaciones desde una visión multidisciplinaria

Desde el punto de vista multidisciplinario, se plantean las siguientes recomendaciones:

- En cuanto a la prevención de la depresión que fue brevemente revisada, y teniendo en cuenta todo lo expuesto, las herramientas de e-mental health, terapias contextuales o de psicoterapia positiva podrían ser de gran ayuda para incluir programas preventivos a niños/adolescentes desde el ámbito escolar o universitario. Ello implicaría que se involucren, informen y capaciten agentes de estos dos ámbitos: profesores docentes y/o administrativos.
- La importancia de la psicoeducación sobre los síntomas, depresión y la salud mental en general desde campañas, y desde todos los ámbitos de la salud. Por ejemplo, desde los hospitales con apoyo de personal médico y de enfermería cuya colaboración en prevención sería importante. Esto involucra entonces a los profesionales de la salud para que estén informados de los trastornos, pero sobre todo de las posibles intervenciones. Además, la información que puede también transmitirse mediante la tecnología conllevaría a la desestigmatización de la depresión y a una mayor aceptación de la población para pedir atención psicológica.

- La utilización de las aplicaciones en teléfonos móviles, dada su gran fama hoy en día, es una gran manera de generar espacios de información y apoyo emocional; la creación de las mismas involucraría a los técnicos desarrolladores de app en el proyecto.
- Debido a que se está intentando comprender el mecanismo de acción de la modalidad e-mental health, sería importante optimizar, proliferar o dar mayor énfasis políticas públicas, leyes o normas regulatorias/éticas que regulen su uso, involucrando a los profesionales que las proveen a informarse e involucrarse en esto.
- El trabajo conjunto entre psiquiatras y psicólogos, lleva a una constante actualización entre ambos agentes de la salud mental. Por ello la transmisión de información a profesionales psiquiátricos sobre intervenciones innovadoras será esencial para estar alineados en los caminos que está tomando la investigación y la práctica clínica.

IV. REFERENCIAS

- A-Tjak, J., Morina, N., Topper, M., & Emmelkamp, P. (2018). A randomized controlled trial in routine clinical practice comparing acceptance and commitment therapy with cognitive behavioral therapy for the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 154-163. DOI: 10.1159/000486807.
- Agis, C. (2019). *Eficacia de la Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. (Tesis de licenciatura). Universidad de la República, Uruguay.
- Alcántara-Castro, M. (2016). *Intervenciones positivas y psicopatología centrada en depresión*. Trabajo de fin de Grado: Universidad de Jaén. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/3401/1/Alcntara_Castro_Miriam_TF_G_Psicologa.pdf
- Alonso, M., López, A., Losada, A., González, J., & Wetherell, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Selective Optimization with Compensation for Institutionalized Older People With Chronic Pain. *Pain Medicine*, 17(2), 264-77.
- Álvarez, H. (2019). Terapias contextuales: una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 22(2).
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychology Association (APA). (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *APA*, 68(9), 791-800. DOI: 10.1037/a0035001.

- American Psychology Association (APA). (2019). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts*. Recuperado de <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical healthcare: a meta-analysis. *PloS One*, 5(10). DOI: 10.1371/journal.pone.0013196
- Armenteros del Olmo. & García-Portilla (2018). Primer episodio depresivo. En Bennasar, M. & Aragonés, E. (Ed.), *Abordaje compartido de la depresión. Consenso multidisciplinar* (9-17). Barcelona: Euromedicine.
- Arnab, S., Lim, T., Carvalho, M., Bellotti, F., Freitas, S., Louchart, S., & De Gloria, A. (2015). Pedagogy-driven design of Serious Games: An overall view on learning and game mechanics mapping, and cognition-based models. *British Journal of Educational Technology*, 46(2), 391–411. DOI: 10.1111/bjet.12113
- Ávila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de la Psicología*, 6(1), 37-58.
- Barber, J. & Solomonov, N. (2016). Teorías Psicodinámicas. En Norcross, J.C., VandenBos, G.R., & Freedherim, D. K. (Ed.), *APA Handbook of Clinical Psychology* (1-34). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Barber, J., Muran, J., McCarthy, K., & Keefe, J. (2013). Research on dynamic therapies. In Lambert, M.J., (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6ta ed.) (443–494). Nueva Jersey: Wiley.
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, (165-166), 15-33. DOI: 10.33776/amc.v42i165-66.2792.

- Barraca, J. & Pérez-Álvarez (2015). *Activación Conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Becerra, A., Reynoso, L., Bravo, M., & Ordaz, M.. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*, 14, 2-3. DOI: 10.5209/PSIC.57080.
- Beck, A. (2019). A 60-Year evolution of Cognitive theory and therapy. *SAGE Journals*, 14(1), 16-20. DOI: 10.1177/1745691618804187.
- Berríos, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Berríos, G., Porter, R. (1995). *A history of clinical psychiatry*. London: The Athlone Press.
- Bianchi, J. & Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones de Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69-80. DOI: 10.4067/S0718-48082015000200002.
- Bianchi-Salguero, J. & Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia*, 8(2), 83-93.
- Blázquez, M., Gómez, D., Frontaura, I., Camacho, A., Rodríguez, FF., & Toriz, H. (2018). Uso de Internet por los adolescentes en la búsqueda de información sanitaria. *Atención Primaria*, 50(9), 547-552. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.06.005.
- Bleichmar, H. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 935-961.

- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Lamers, S., & Westerhof, G. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿por qué son importantes y cómo funcionan? *Papeles del Psicólogo*, 38(1). DOI: 10.23923/pap.psicol2017.2819.
- Bocanegra, S. & Díaz, M. (2017). *La depresión en la adolescencia: Conceptualización, teorías explicativas y tratamientos*. Recuperado de <http://hemeroteca.unad.edu.co/index.php/book/article/view/2525>
- Botella, C., Mira, A., Herrero, R., García-Palacios, A., & Baños, R. (2015). Un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido. *Revista de Psicologia Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33(2), 39-48. DOI: 10.18682/pd.v16i2.597.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica Chile*, 142(10), 1297 – 1305. DOI: 10.4067/S0034-98872014001000010.
- Butler, A., Chapman, J., Forman, E., & Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Brouwer, M., Williams, A, Kennis, M., Fu, Z., Klein, N., Cuijpers, P., & Bockting, C. (2019). Psychological theories of depressive relapse and recurrence: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Clinical psychology review*, 74. DOI: 10.1016/j.cpr.2019.101773.

- Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research, 18*(8). DOI: 10.2196/jmir.6200.
- Calvo-Gómez, J. & Jaramillo-González, L. (2014). Detección del trastorno depresivo mayor en atención primaria. Una revisión. *Revista Facultad de Medicina, 63*(3), 471-472. DOI: 10.15446/revfacmed.v63n3.46424.
- Campos-Arias, A. & Suárez-Colorado, Y. (2019). ¿Es el suicidio un evento prevenible? *Revista de la Universidad Industrial de Santander, 51*(3).
- Camuñas, N., Mavrou, I., & Miguel-Tobal, J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 24*(1), 19-28. DOI: 10.5944/rppc.23003.
- Cândeia, D., Stefan, S., Matu, S., Mogoase, C., Iftene, F., David, D., & Szentagotai, A. (2018). Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy for Major Depressive Disorder in Adults. En *REBT in the Treatment of Subclinical and Clinical Depression* (pp. 13-43). Suiza: Springer.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(1), 1-18, DOI: 10.1080/16506073.2017.1401115.
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology, 51*(2), 181-189.

- Castro, M. (2019). *Eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness para la disminución de pensamientos rumiativos en pacientes adultos con depresión*. (Trabajo para optar título de especialista en enfermería en salud mental y psiquiatría). Universidad Norbert Wiener, Perú. Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3351/TRABJAO%20ACAD%c3%89MICO%20Castro%20Marcos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cháves, C., López, I., Vázquez, C., Hervás, G., & Carrera, L. (2014). Programa de tratamiento para la depresión clínica basado en la psicología positiva. *II Congreso Nacional de Psicología Positiva*. Mayo, Castellón [Comunicación oral].
- Chávez-León, E., Benítez-Camacho, E., & Uribe, M. (2014). La terapia cognitivo conductual. *Salud mental*, 2(37),111-117.
- Cipriani, A., Furukawa, T., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H., Turner, E., Higgins, J., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J., & Geddes, J. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128). DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7.
- Collins, E. & Seligman, M. (2002). Very happy people. *American Psychological Society*, 1, 81-84.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray, M., & Rocha, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica*, 28(1),127-134. DOI: 10.4067/S0718-48082010000100012.

- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. (2013). A meta-analysis of cognitive behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(7), 376–85. DOI: 10.1177/070674371305800702.
- Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S., & Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(9), 1219–29. DOI: 10.4088/JCP.09r05021.
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M., Ravitz, P., & Cristea, I. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: a comprehensive meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *173*(7), 680-687. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.15091141.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C., Cipriani, A., & Furukawa, T. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, *19*(1), 92-107. DOI: 10.1002/wps.20701.
- Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). La depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, *3*, 1-5.
- David, D., Cotet, C., Matu, S., Mogoase, C., & Stefan, S. (2018). 50 years of rational-emotive and cognitive-behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, *74*(3), 304-318. DOI: 10.1002/jclp.22514.
- David, D., Lynn, S., & Ellis, A. (2010). *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*. Oxford: Oxford University Press.

- David, D., Sucala, M., Coteș, C., Șoflau, R., & Valenaș, S. (2019). Empirical Research in REBT Theory and Practice. *Advances in REBT*, 101–119. DOI: 10.1007/978-3-319-93118-0_5.
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., & Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: a randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 728–46. DOI: 10.1002/jclp.20487
- Davis, M., Rosenfield, D., Bernstein, A., Zvielli, A., Reinecke, A., Beevers, C., Koster, E., & Smits, J. (2016). Attention bias dynamics and symptom severity during and following CBT for social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 795–802. DOI: 10.1037/ccp0000125.
- DeCou, C., Comtois, K., & Landes, A. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72. DOI: 10.1016/j.beth.2018.03.009.
- De la Fuente, L., Sánchez-Autet, M., García-Alvarez, L., González-Blanco, L., Velasco, A., Sáiz, P., García-Portilla, M. & Bobez, J. (2019). Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(2), 106-115.
- De la Parra, G. (2018). Terapia Dinámica Interpersonal Breve, Guía Clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3). DOI: 10.4067/s0717-92272018000300201.
- DeRubeis, R., Keefe, J., & Beck, A. (2019). Cognitive Therapy. En K.S. Dobson & D.J.A Dozois (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (p. 218–248). Nueva York, EE.UU: The Guilford Press.

- Dimidjian, S. & Zegal, Z. (2015). Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *American Psychologist*, 70, 593-620. DOI: 10.1037/a0039589.
- Dos Santos, A. & Fernández, A. (2013). *Desarrollo de la telesalud en América Latina. Aspectos conceptuales y estado actual*. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35453/1/S2013129_es.pdf
- Driessen, E., Smits, N., Dekker, J., Peen, J., Don, F., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Cuijpers, P., & Van, H. (2016). Differential efficacy of cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression: a study of prescriptive factors. *Psychological Medicine*, 46(4), 731-744. DOI: 10.1017/S0033291715001853.
- Duffy, F., Sharpe, H., & Schwannauer. (2019). Review: The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression – a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 24(4). DOI: 10.1111/camh.12342.
- Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Ellis, A. (1997). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fava, G. (2016). *Well-being therapy. Treatment manual and clinical applications*. Basel: Karger.
- Fava, G., Cosci, F., Guidi, J., & Tomba, E. (2017). Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depression and Anxiety*, 34(9)1-12. DOI: 10.1002/da.22629.

- Fernández, C. & Serrano, B. (2016). *Efectos de la Inducción Emocional usando realidad virtual en la percepción de bienestar en personas vulnerables a padecer ansiedad y depresión* (Tesis de maestría). Universitat Jaume I De Castelló, Castellón de la Plana.
- Figueroa, G. (2002). La Terapia Cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(1), 46-62.
- Fleming, T., Cheek, C., Merry, S., Thabrew, H., Bridgman, H., Stasiak, K., Shepherd, M., Perry, Y., & Hetrick, S. (2014). Serious games for the treatment or prevention of depression: a systematic review. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(3), 227-241. DOI: 10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13904.
- Flores, E., Terán, V., & González, J. (2015). Síntomas residuales de la depresión: terapias coadyuvantes. *Salud Mental*, 38(1), 67-75.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.
- Fonagy, P. (2015). La eficacia de las psicoterapias psicodinámicas: una actualización. *World Psychiatry*, 13(2), 137-150.
- Fonagy, P., Lemma, A., Target, M., O'Keeffe, S., Constantinou, P., Ventura, T., Luyten, P., Allison, E., Roth, A., Cape, J., & Pilling, S. (2019). Dynamic interpersonal therapy for moderate to severe depression: a pilot randomized controlled and feasibility trial. *Psychological Medicine*, 1-10. DOI: 10.1017/S0033291719000928.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). En Freud, S. (Ed.), *Obras completas 1976-1979* (111-132). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1915). Duelo y Melancolía. En Freud, S. (Ed.), *Obras completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Garay, J. & Gómez-Restrepo, C. (2011). Telepsiquiatría: innovación de la atención en salud mental. Una perspectiva general. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(3), 504-518.
- García, A. & Tamayo, J. (2019). Revisión sistemática sobre la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el tratamiento psicológico de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 16(1), 11. DOI: 10.5209/PSIC.63651.
- García, R. (2016). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos mayores con depresión* (Tesis de licenciatura). Universidad de Jaén, Perú.
- García, R., Valencia, Andrómeda., Hernández-Martínez, A., & Rocha, T. (2017). Pensamiento rumiativo y depresión entre estudiantes universitarios: repensando el impacto del género. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(3), 406-416.
- Garland, E., Farb, N., Goldin, P., & Fredrickson, B. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 26, 293-314. DOI: 10.1080/1047840X.2015.1064294.
- Gavidia, S. & Guerra, S. (2019). Eficacia de la terapia conductual cognitive versus psicoterapia interpersonal para disminuir los trastornos depresivos en los pacientes psiquiátricos. Recuperado de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3349/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Sosa%20Diana%20-%20Sosa%20Romyna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Goldberg, S., Tucker, R., Greene, P., Davidson, R., Wampold, B., Kearney, D., & Simpson, T. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 59*, 52-60. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.10.011.
- Goldstone, D. (2017). Cognitive-behavioural therapy versus psychodynamic psychotherapy for the treatment of depression: a critical review of evidence and current issues. *South African Journal of Psychology, 47*(1), 84-96. DOI: 10.1177/0081246316653860.
- Gómez Nicholls, J. (2015). Soluciones para optimizar los procesos de aprendizaje en el ámbito hospitalario. En *Inclusión digital educativa para la cohesión social y el desarrollo*. Repositorio digital La Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12579/3775>.
- Gómez-Juanez, R., Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J. & García-Toro, M. (2017). Estilo de vida saludable: un factor de protección minusvalorado frente a la depresión. *Psiquiatría Biológica, 24*(3), 97-105. DOI: 10.1016/j.psiq.2017.10.004.
- González, S., Fernández, C., Padierna, C., Besteiro, J., & Pérez, M. (2019). Behavioral activation in cancer: review of treatments and evidences/activación conductual en cáncer: revisión de tratamientos y evidencias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 28*(2), 140-153. DOI: 10.24205/03276716.2018.1087.
- Gratzer, D., Khalid-Khan, F., Balasingham, S., Yuen, N., & Jayanthikumar, J. (2018). Internet-delivered cognitive behavioural therapy in a Canadian community hospital: a novel approach to an evidence-based intervention. *Canadian Journal of Community Mental Health, 37*(1), 1–5. DOI: 10.7870/cjcmh-2018-001

- Guidi, J., Tomba, E., & Fava, G. (2016). The sequential integration of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: A meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, *173*, 128–137.
- Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*, *190*, 551-565. DOI: 10.1016/j.jad.2015.10.053.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. Hove, UK: Psychology Press.
- Hayes, S. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies—republished article. *Behavior therapy*, *47*(6), 869-885. DOI: 10.1016/j.beth.2016.11.006.
- Hayes, S., Bissett, R., Strosahl, K., Wilson, K., Pistorello, J., & Dykstra, T. (2000). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, *54*(4), 553-578.
- Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Henken, H., Huibers, M., Churchill, R., Restifo, K., & Roelofs, J. (2007). Family therapy for depression. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (3). DOI: 10.1002/14651858. CD006728.
- Herrera, G. (2019). *Plan de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual para la depresión* (Tesis de licenciatura). Universidad Técnica de Machala, Ecuador.

- Hetrick, S., Cox, G., Witt, K., Bir, J., & Merry, S. (2016). Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub4.
- Hetrick S., Parker A., Hickie I., Purcell, R., Yung, A.R., & McGorry, P.D. (2008). Early identification and intervention in depressive disorders: Towards a clinical staging model. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 263-270.
- Hidaka, B. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140, 205–214. DOI: 10.1016/j.jad.2011.12.036.
- Hofmann, S. & Gómez, A. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 739-749. DOI: 10.1016/j.psc.2017.08.008.
- Iftene, F., Predescu, E., Stefan, S., & David, D. (2015). Rational–emotive and cognitive–behavior therapy (REBT/CBT) versus pharmacotherapy versus REBT/CBT plus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder in youth: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 225(3), 687–694.
- Instituto Nacional de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) – EsSalud. (2019). *Guía de Práctica Clínica para el tamizaje y manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención: Guía en versión Extensa*. Recuperado de http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_Depresion_V_Extensa.pdf

- Instituto Nacional de Salud - Ministerio de Salud (MINSa) (2013). *Guía técnica de diagnóstico y tratamiento de depresión en adultos de 18 a 65 años para médicos no psiquiatras*. Recuperado de https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrador%2C%20editor/publicaciones/2018-07-11/07_SERIE_GUIA_TECNICA_N_01-2013_Guia_Tecnica_de_diagnostico_y_tratamiento_de_depresion.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM). (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. *Anales de Salud Mental*, 28(1), 3-220.
- Irarrázaval, M., Prieto, F. & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.
- Jerome, L. & Zaylor, C. (2000). Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(5), 478- 483.
- Jiménez, J. (2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*, 13.
- Kanter, J., Busch, A., & Rusch, L. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive Features*. New York: Routledge.
- Karlin, B., Walser, R., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. (2013). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. *Aging & Mental Health*, 17, 555-563.

- Karyotaki, E., Smit, Y., De Beurs, D., Henningsen, K., Robays, J., Huibers, M., Weitz, E., & Cuijpers, P. (2016). The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: a meta-analysis of randomized trials. *Depression and anxiety, 33*(5), 370-383. DOI: 10.1002/da.22491.
- Kennard, B., Emslie, G., Mayes, T., Nakonezny, P., Jones, J., Foxwell, A., & King, J. (2014). Sequential treatment with fluoxetine and relapse-prevention CBT to improve outcomes in pediatric depression. *American Journal of Psychiatry, 171*, 1083–1090.
- Kishimoto, T., Chawla, J., Hagi, K., Zarate, C., Kane, J., Bauer, M., & Correll, C. (2016). Single-dose infusion ketamine and non-ketamine N-methyl-d-aspartate receptor antagonists for unipolar and bipolar depression: a meta-analysis of efficacy, safety and time trajectories. *Psychological Medicine, 46*(7), 1459-1472. DOI: 10.1017/S0033291716000064.
- Klein, D, Schwartz, J., Santiago, N., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L., & Keller, M. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and client characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 997–1006. DOI: 10.1037/0022-006X.71.6.997.
- Klerman, G., Weissman, M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic.
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y procesos cognitivos, 15*, 119-145.

- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D. & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 331-340.
- Lal, S. (2019). E-mental health: Promising advancements in policy, research, and practice. *Healthcare management fórum*, 32(2), 56-62. DOI: 10.1177/0840470418818583.
- Lal, S. & Adair, C. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatry Services*, 65(1), 24–32. DOI: 10.1176/appi.ps.201300009.
- Lambert, J., Greaves, C., Farrand, P., Price, L., Haase, A., & Taylor, A. (2018). Web-Based Intervention Using Behavioral Activation and Physical Activity for Adults With Depression (The eMotion Study): Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7). DOI: 10.2196/10112.
- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Modification*, 39(6). DOI: 10.1177/0145445515598142.
- Lazarov, A., Marom, S., Yahalom, N., Pine, D., Hermesh, H., & Bar-Haim, Y. (2018). Attention bias modification augments cognitive-behavioural group therapy for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 48(13), 2177-2185. DOI: 10.1017/S003329171700366X.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy—An update: Bambi’s alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 129–148. DOI: 10.1159/000376584.

- Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2018). Terapia Dinámica Interpersonal Breve, guía clínica. *Revista Chilena Neuro-Psiquiatra*, 56(3), 201-204.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(4), 329-346. DOI: 10.1521/psyc.2011.74.1.41.
- Lener, M., Niciu, M., Ballard, E., Park, M., Park, L., Nugent, A., & Zarate, C. (2016). Glutamate and Gamma-Aminobutyric Acid Systems in the Pathophysiology of Major Depression and Antidepressant Response to Ketamine. *Biological Psychiatry*, 81(10), 886-897. DOI: 10.1016/j.biopsych.2016.05.005
- López, I. (2018). *Eficacia y aceptabilidad de un programa de intervenciones psicológicas positivas versus un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de los trastornos depresivos*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- López, S. (2016). *Depresión Mayor: Actualización 2016. Recomendaciones en Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria*. Madrid: Medical & Marketing Communications.
- Luciano, C. & Hayes, S. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-57.
- Luciano, M., Valdivia, M., Gutiérrez, O., & Páez, M. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé*, 5, 173-201.

- Ma, S. & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 31-40. DOI: 10.1037/0022-006X.72.1.31.
- MacLaren, C., Doyle, K., & DiGiuseppe, R. (2016). Rational emotive behavior therapy (REBT): Theory and practice. En H.E.A Tinsley., S.H. Lease., & N.S. Giffin. (Ed.), *Contemporary theory and practice in counseling and psychotherapy* (pp.233-263). Los Angeles, California: Sage Publications.
- Markowitz, J., Milrod, B., Luyten, P., & Holmqvist, R. (2019). Mentalizing in Interpersonal Psychotherapy. *The American Journal of Psychotherapy, 72*(4), 95-100. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.20190021.
- Martin, F., & Oliver, T. (2019). Behavioral activation for children and adolescents: a systematic review of progress and promise. *European child & adolescent psychiatry, 28*(4), 427-441. DOI: 10.1007/s00787-018-1126-z.
- McGirr, A., Berlim, M., Bond, D., Neufeld, N., Chan, P., Yatham, L., & Lam, R. (2015). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of adjunctive ketamine in electroconvulsive therapy: efficacy and tolerability. *Journal of Psychiatric Research, 62*, 23-30. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.01.003.
- Metcalf, C., Gold, A., Davis, B., Sylvia, L., & Battle, C. (2019). Mindfulness as an Intervention for Depression. *Psychiatric Annals, 49*(1), 16-20. DOI: 10.3928/00485713-20181205-01.

- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2). DOI:10.2196/jmir.1151.
- Miles, S., Brown, G., Corfe, A., Hallett, C., Wingrove, J., Wheatley, J., & Veale, D. (2019). Time-intensive behavioural activation for depression: A multiple baseline study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 63, 36-47. DOI: 10.1016/j.jbtep.2018.12.008.
- Ministerio de Salud (MINSa). (2008). *Guía de Práctica Clínica en Depresión*. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1084_DGSP261.pdf
- Ministerio de Salud (MINSa). (2008). *Guías de Práctica Clínica en Salud Mental y Psiquiatría*. Recuperado de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_
- Ministerio de Salud (MINSa) (2009). *Norma Técnica de Salud en Telesalud* [versión Adobe Acrobat Reader] <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1428.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSa) (2018). *Lineamientos de Política Sectorial en Salud Mental Perú 2018* [versión Adobe Acrobat Reader] <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
- Ministerio de Salud (MINSa) (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2017 – 2021* [versión Adobe Acrobat Reader] <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>

- Mira, A., Enrique, A., Díaz-García, A., Rachyla, I., González-Robles, A., Bretón-López, J., & Botella, C. (2018). Viabilidad de una intervención psicológica clínica positiva para síntomas depresivos. Una serie de casos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 3, 381-392. DOI: 10.24205/03276716.2018.1077.
- Montesinos, F., Hernández, B., & Luciano, M. (2001). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en pacientes enfermos de cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 503-23.
- Morales, C. (2017). La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136-138.
- Moscoso, M. (2014). Avances en la medición psicométrica de la depresión. *Liberabit*, 20(1), 29-39.
- Moscoso, M. & Lengacherb, C. (2017). El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión. *Mindfulness & Compassion*, 2(2), 64-70.
- Mueller, T., Leon, A., Keller, M., Salomon, D., Endicott, J., Coryell, W., Warshaw, M. & Maser, J. (1999). Recurrencia después de la recuperación del trastorno depresivo mayor durante 15 años de seguimiento observacional. *The American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
- Mulder, R., Bolden, J., Carter, J., Luty, S., & Joyce, P. (2017). Ten month outcome of cognitive behavioural therapy v. interpersonal psychotherapy in patients with major depression: a randomised trial of acute and maintenance psychotherapy. *Psychological Medicine*, 47(14), 2540-2547. DOI: 10.1017/S0033291717001106.
- National Health Service. (2016). *Psychological Therapies: Annual Report on the use of IAPT Services*. Inglaterra: NHS Digital.

- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. CENGAGE Learning.
- Olivo, D. (2019). *Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso para reducir síntomas de depresión y ansiedad en deportistas que se han visto obligados a abandonar su carrera debido a una lesión*. (Tesis de licenciatura). Universidad San Francisco de Quito, Ecuador.
- Olthuis, J., Watt, M., Bailey, K., Hayden, J., & Steward, S.H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3. DOI:10.1002/14651858.CD011565.pub2.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Versión 2.0. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Suicidio*. Recuperado de who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Telesalud*. Recuperado de https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=9684:telehealth&Itemid=193&lang=es.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Depresión*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales* [versión Adobe Acrobat Reader] <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Orgeta, V., Brede, J., & Livingston, G. (2017). Behavioural activation for depression in older people: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *211*(5), 274-279. DOI: 10.1192/bjp.bp.117.205021.
- Østergaard, T., Lundgren, T., Rosendahl, I., Zettle, R., Jonassen, R., Harmer, C., Stiles, T., Landro, N., Oksendal, V. (2019). Acceptance and Commitment Therapy Preceded by Attention Bias Modification on Residual Symptoms in Depression: A 12-Month Follow-Up. *Frontiers in psychology*, *10*, 2019. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01995.
- Peñafiel, C., Milagros, R., & Echegaray, L. (2016). ¿Cómo se comportan los jóvenes y adolescentes ante la información de salud en Internet? *RECS*, *7*(2). DOI: 10.20318/recs.2016.3444.

- Pereira, A., Muris, P., Roberto, M., Marques, T., Goes, R., & Barros, L. (2018). Examining the Mechanisms of Therapeutic Change in a Cognitive-Behavioral Intervention for Anxious Children: The Role of Interpretation Bias, Perceived Control, and Coping Strategies. *Child psychiatry and human development*, 49(1), 73-85. DOI: 10.1007/s10578-017-0731-2.
- Pérez, M. (2006). La Terapia de Conducta de Tercera Generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Pérez, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de Facultad de Medicina*, 60(5), 7-16.
- Pérez, P. & Uribe, A. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 13(1), 101-111. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52490.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). *Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia*. Madrid, España: Síntesis.
- Pérez-Padilla, E.; Cervantes, V.; Hijuelos, N.; Pineda-Cortés, J. & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causa y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 89-115. DOI: 10.32776/revbiomed.v28i2.557.
- Pintado, S. & Castillo, M. (2017). Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3(1), 60-67.
- Puerta, J. & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 2, 251-257.

- Ravitz, P., Watson, P., Lawson, A., Constantino, M., Bernecker, S., Park, J., & Swartz, H. (2019). Interpersonal Psychotherapy: A Scoping Review and Historical Perspective (1974-2017). *Harvard Review of Psychiatry*, 27(3), 165-180. DOI: 0.1097/HRP.0000000000000219.
- Ribero, A., Ribero, J., & Von Doellinger, O. (2018). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1). DOI: 10.1590/1516-4446-2016-2107.
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F., Barrett, B., Farrand, P., Gilbody, P., Kuyken, W., O'Mahen, H., Watkins, E., Wright, K., Hollon, S., Reed, N., Rhodes, S., Fletcher, E., & Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 388(10047), 871-880. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31140-0.
- Roberto, P. & Do Santos, J. (2017). La cuarta generación de terapias conductuales. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 190-211. DOI: 10.31505/rbtcc.v19i3.1069.
- Roca, M. & Aragonés, E. (2018). *Abordaje compartido de la depresión. Consenso multidisciplinar*. Recuperado de https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2018/05/Consenso_depresion.pdf
- Ruiz, J. & Callejón, Z. (2014). Terapias conductuales de tercera generación en personas mayores: una revisión de la literatura. *Psychology, Society, & Education*, 6(2), 113-124.

- Rush, A., Trivedi, M., Wisniewski, S., Nierenberg, A., Stewart, J., Warden, D., Niederehe, G., Thase, M., Lavori, P., Lebowitz, B., McGrath, P., Rosenbaum, J., Sackeim, H., Kupfer, D., Luther, J., & Fava, M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, *163*(11), 1905-1917.
- Sales, A., Pardo, A., y Teresa Mayordomo, E. S.-P. (2015). Efectos de la terapia cognitivoconductual sobre la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *20*, 165- 172.
- Sánchez, C. (2019). *Recomendaciones sobre la intervención psicológica mediante internet*. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental.
- Sánchez-Hernández, O., Méndez, F., & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* *19*(1), 63. DOI: 10.5944/rppc.
- Sánchez-Villegas, A. & Marti, M. (2009). Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 1090–1098, DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.129.
- Sandoval-Ato, R., Vilela-Estrada, A. & Galvez-Olortegui, J. (2017). Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *33*(4).
- Santos, V., Paes, F., Pereira, V., Arias-Carrión, O., Cardoso, A., Carta, M., Nardi, A., & Machado, S. (2013). The role of positive emotion and contributions of positive psychology in depression treatment: systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *9*, 221-237.

- Sanz, J. (2017). Ideas equivocadas sobre la depresión y su tratamiento (II). *Papeles del Psicólogo*, 38(3).
- Sass, S. M., Early, L. M., Long, L., Burke, A., Gwinn, D., & Miller, P. (2019). A brief mindfulness intervention reduces depression, increases nonjudgment, and speeds processing of emotional and neutral stimuli. *Mental Health & Prevention*, 13, 58-67. DOI: 10.1016/j.mhp.2018.12.002.
- Scot, J., Teasdale, J., Paykel, E., Johnson, A., Abbott, E., Hayhurst, H., Moore, R., & Garland, A. Effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. *The British Journal of Psychiatry* 177, 440-446.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York, EE.UU: The Guilford Press.
- Seligman, M.; Rashid, T. & Parks, A. (2006). Positive Psychotherapy. *American Psychologist*, 8, 774-788.
- Sierra, O. (2019). *Efectos de la intervención psicoterapéutica grupal desde el enfoque psicodinámico, en personas con diagnóstico de depresión* (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Colombia.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.

- Soto-Sanz, V., Ivorra-González., Alonso, J., Castellvi, P., Rodríguez-Marín, J., & Piqueras, J. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 1-13. DOI: 10.21134/rpcna.2019.06.2.1.
- Spadone C. (2004). Evolution of depressive disorders. *Presse Medicale*, 33(20), 1469-73.
- Spinhoven, P., Huijbers, M., Ormel, J., & Speckens, A. (2017). Improvement of mindfulness skills during Mindfulness-Based Cognitive Therapy predicts long-term reductions of neuroticism in persons with recurrent depression in remission. *Journal of affective disorders*, 213, 112-117. DOI: 10.1016/j.jad.2017.02.011.
- Sztejn, D., Koransky, C., Fegan, L., & Himelhoch, S. (2017). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the Internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *SAGE journals*, 24(8), 527-529. DOI: 10.1177/1357633X17717402
- Subsecretaría de Innovación y Calidad de Salud de México (2007). *Programa de acción específico 2007-2012: Telesalud*. Recuperado de https://www.who.int/goe/policies/countries/mex_telehealth.pdf
- Stangier, U., Hilling, C., Heidenreich, T., Risch, A., Barocka, A., Schlösser, R., Kronfeld, K., Ruckes, C., Berger, H., Roschke, J., Weck, F., Volk, S., Hambrecht, M., Serfling, R., Erkwoh, R., Stim, A., Sobanski, T., & Hautzinger, M. (2014). Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: A multicenter prospective randomized controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 170(6), 624–632. DOI: 10.1176/appi.ajp.2013.12060734.

- Taylor, A., Tallon, D., Kessler, D., Peters, T., Shafran, R., Williams, C., & Wiles, N. (2019). An expert consensus on the most effective components of cognitive behavioural therapy for adults with depression: a modified Delphi study. *Cognitive Behaviour Therapy*. DOI: 10.1080/16506073.2019.1641146.
- Thompson, C., Kinmonth, A., Stevens, L., Peveler, R., Stevens, A., Ostler, K., Pickering, R., Baker, N., Henson, A., Preece, J., Cooper, D., & Campbell, M. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet*, 355(9199), 185-191. DOI: 10.1016/s0140-6736(99)03171-2.
- Torres, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 182-187.
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 751-770. DOI: 10.1016/j.psc.2017.08.009.
- Vanegas, J., Krause, M., Bauer, S., Moessner, M., & Espinosa, D., Carrasco, A., Botero, L., Castrillón, L., Medina, C., & Patiño, J. (2017). Uso de e-mental health para el seguimiento postterapia de pacientes con depresión en Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 25, 41-56.

- Vargas, G.; Gallegos, C.; Salgado, C.; Salazar, M.; Huamán, K.; Bonilla, C.; Reyes, N. & Caballero, P. (2019). Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(1), 123-30. DOI: 10.15381/anales.v80i1.15882.
- Vásquez, C., Hernandómezz, L., Hervás, G. & Nieto, M. (2005). *Evaluación para la depresión*. Madrid: Pirámide.
- Vásquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L. & Romero, N. (2010). Modelos Cognitivos de la Depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology*, 18(1), 139-165.
- Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiatra*, 79(1) ,42-51.
- Vásquez, F., Torres, A., Blanco, V., Otero, P., & Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 39-52.
- Verduijn, J., Milaneschi, Y., Van Hemert, A., Schoevers, R., Hickie, I., Penninx, B., & Beekman, A. (2015). Clinical staging of major depressive disorder: An empirical exploration. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 1200-1208. DOI: 10.4088/JCP.14m09272.
- Vuorilehto, M., Melartin, T., & Isometsa, E. (2005). Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychological Medicine*, 35(5), 673-82.
- Weissman, M. (2019). Interpersonal Psychotherapy: History and Future. *American Journal of Psychotherapy*. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.20190032

- Weissman, M., Markowitz, J., & Klerman, G. (2018). *The guide to interpersonal psychotherapy*. Nueva York: Oxford University Press.
- Williams, A., O'Moore, K., Blackwell, S., Smith, J., Holmes, E., & Andrews, G. (2015). Positive imagery cognitive bias modification (CBM) and internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT): A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 178*(1), 131-141. DOI: 10.1016/j.jad.2015.02.026.
- Wray, B. (2003). *Attitudes of clinical psychologists in Western Australia to videoconferencing: an explorative study*. (Tesis de maestría). Curtin University of Technology, Perth.
- Zhaleh, N., Zarbakhsh, M., & Faramarzi, M. (2014). Effectiveness of rational–emotive behavior therapy on the level of depression among female adolescents. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences, 4*(4), 102–107.
- Zhou, X., Hetrick, S., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C., Cohen, D., Del Giovane, C., Liu, Y., Michael, K., Zhang, Y., Weisz, J., & Peng, X. (2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis en red. *Revista de Toxicomanías, 80*, 22-34.

ANEXOS

Anexo A: Fichas Bibliográficas

Nombre del Documento	Eficacia de la Activación Conductual para el tratamiento de la depresión.
Autor	Carolina Agis.
Referencia Bibliográfica	Agis, C. (2019). Eficacia de la Activación Conductual para el tratamiento de la depresión. (Tesis de licenciatura). Universidad de la República, Uruguay.
Palabras Claves de Búsqueda	TCC, Activación Conductual, Eficacia, depresión, efectividad
Palabras Claves del Artículo	Depresión, Activación Conductual, Revisión sistemática.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_carolina_agis_final.pdf
Descripción	Este estudio analiza 14 trabajos para revisar la eficacia de la AC en el tratamiento de la depresión. Su aporte a este estudio es agregar al compilado de evidencia encontrada para la AC.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es la eficacia de la AC como un tratamiento que es apto para tratar depresión, en algunos casos teniendo mayor efecto que el tratamiento clásico.
Observaciones	

Nombre del Documento	Intervenciones Positivas y Psicopatología centrada en depresión
Autor	Miriam Alcántara Castro
Referencia Bibliográfica	Alcántara-Castro, M. (2016). <i>Intervenciones positivas y psicopatología centrada en depresión</i> . Trabajo de fin de Grado: Universidad de Jaén. Recuperado de http://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/3401/1/Alcantara_Castro_Miriam_TFG_Psicologa.pdf
Palabras Claves de Búsqueda	Psicoterapia Positiva, Depresión
Palabras Claves del Artículo	Depresión, terapia cognitivo-conductual, intervenciones positivas, terapia del bienestar.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	http://tauja.ujaen.es/jspui/bitstream/10953.1/3401/1/Alcantara_Castro_Miriam_TFG_Psicologa.pdf
Descripción	Este trabajo presenta una revisión sobre las intervenciones positivas en depresión y su comparación con las terapias siempre utilizadas. El aporte de la investigación al estudio consiste en la explicación y revisión de la terapia del bienestar como parte de la psicoterapia positiva, intervención innovadora en la depresión.
Conceptos Abordados	El concepto clave que aporta la investigación es la comprensión de la depresión como un trastorno que se da por la falta de refuerzos positivos al paciente, presentan sus evidencias, y el consecuente énfasis en los aspectos positivos del mismo para lograr cambios terapéuticos.
Observaciones	

Nombre del Documento	Pedagogy-driven design of Serious Games: An overall view on learning and game mechanics mapping, and cognition-based models
Autor	Sylvester Arnab, Sara de Freitas, Francesco Bellotti, Theodore Lim, Sandy Louchart, Neil Suttie, Riccardo Berta, Alessandro De Gloria
Referencia Bibliográfica	Arnab, S., Lim, T., Carvalho, M., Bellotti, F., Freitas, S., Louchart, S., & De Gloria, A. (2015). Pedagogy-driven design of Serious Games: An overall view on learning and game mechanics mapping, and cognition-based models. <i>British Journal of Educational Technology</i> , 46(2), 391–411. DOI: 10.1111/bjet.12113
Palabras Claves de Búsqueda	Serious Games, Mental Health, Games
Palabras Claves del Artículo	No tiene
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://pdfs.semanticscholar.org/91d3/e95c7d36ff24e2ea6f53258f369cf34472d8.pdf
Descripción	El trabajo presenta estudios relacionados al uso de juegos serios en pedagogía, aprendizaje y modelos cognitivos. El aporte a este estudio es la definición de juegos serios y realidad virtual y su aplicación en salud mental.
Conceptos Abordados	Los conceptos clave fueron Juegos Serios como juegos con apoyo al aprendizaje o salud; y sus vertientes en salud mental: imaginaria, inmersión, exposición, desarrollo de habilidades.
Observaciones	

Nombre del Documento	La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes
Autor	Jorge Barraca
Referencia Bibliográfica	Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. <i>Análisis y Modificación de Conducta</i> , 42, (165-166), 15-33. DOI: 10.33776/amc.v42i165-66.2792
Palabras Claves de Búsqueda	Activación Conductual, Depresión, Evidencia
Palabras Claves del Artículo	Activación conductual, Depresión, Aplicación clínica, Dificultades en la aplicación, Variaciones en la aplicación
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.researchgate.net/publication/303803078_La_Activacion_Conductual_en_la_practica_tecnicas_organizacion_de_la_intervencion_dificultades_y_variantes
Descripción	El artículo revisa el origen, aplicación, técnicas y limitaciones de la terapia de activación conductual. Su aporte a este estudio es la valoración de su intervención como eficaz para el tratamiento de la depresión.
Conceptos Abordados	Los conceptos clave abordados son los métodos realizados, el papel del psicólogo, y las fases de evaluación, objetivos y aplicación de las técnicas. Además, abarca la importancia del rol del paciente como agente activo en su mejoría.
Observaciones	

Nombre del Documento	Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones de Iberoamérica
Autor	Javier Bianchi y Ángela Henao
Referencia Bibliográfica	Bianchi, J. & Henao, A. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones de Iberoamérica. <i>Terapia Psicológica</i> , 33(2), 69-80. DOI: 10.4067/S0718-48082015000200002
Palabras Claves de Búsqueda	Activación Conductual, Depresión, Terapia
Palabras Claves del Artículo	Depresión, Activación conductual, Evidencia empírica e Iberoamérica
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082015000200002
Descripción	El artículo revisa los conceptos, modalidades y aplicación en depresión en diversos grupos de personas de la terapia de activación conductual (AC). El aporte al estudio es explicar la visión de la depresión desde este enfoque.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es el de depresión como una evitación conductual, y la importancia de trabajar en comportamientos que retiren a la persona de esto y la expongan a refuerzos satisfactorios en su conducta.
Observaciones	

Nombre del Documento	Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica
Autor	Javier M Bianchi-Salguero y Amanda M Muñoz-Martínez
Referencia Bibliográfica	Bianchi-Salguero, J., Muñoz-Martínez, A. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. <i>Psychologia</i> , 8(2), 83-93.
Palabras Claves de Búsqueda	Activación Conductual, Evidencia, Depresión
Palabras Claves del Artículo	Activación conductual, Depresión, Tratamiento, Evidencia empírica, Terapias de tercera generación
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v8n2/v8n2a07.pdf
Descripción	Este artículo visita la historia, conceptos, alcances y uso de la terapia de activación conductual, así como estudios de su efectividad, y recomendaciones. El aporte a este estudio es las limitaciones encontradas en el estudio de esta terapia.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es el vacío encontrado a nivel empírico, en cuanto al desarrollo de protocolos, herramientas claras y competencias del terapeuta que pone en práctica esta intervención.
Observaciones	

Nombre del Documento	Intervenciones clínicas positivas: ¿por qué son importantes y cómo funcionan?
Autor	E.T. Bohlmeijer, L. Bolier, S.M.A. Lamers y G.J. Westerhof
Referencia Bibliográfica	Bohlmeijer, E., Bolier, L., Lamers, S., & Westerhof, G. (2017). Intervenciones clínicas positivas: ¿por qué son importantes y cómo funcionan? <i>Papeles del Psicólogo</i> , 38(1). DOI: 10.23923/pap.psicol2017.2819
Palabras Claves de Búsqueda	Psicoterapia Positiva, Evidencia, Depresión, Definición
Palabras Claves del Artículo	Psicología positiva clínica, Bienestar, Intervenciones clínicas positivas, Salud mental.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2819.pdf
Descripción	En esta investigación se describe ampliamente el concepto de psicología clínica orientada al bienestar del paciente, desde intervenciones positivas. El aporte a este estudio es de la explicación de una intervención.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es intervención positiva desde ocho sesiones y tres fases que llevan al paciente a actuar en pos de su bienestar mental.
Observaciones	

Nombre del Documento	Un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido.
Autor	Adriana Mira, Luis Farfallini, Rosa Baños, Juana Bretón-López y Cristina Botella
Referencia Bibliográfica	Botella, C., Mira, A., Herrero, R., García-Palacios, A., & Baños, R. (2015). Un programa de intervención autoaplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión: Sonreír es divertido. <i>Revista de Psicologia Ciències de l'Educació i de l'Esport</i> , 33(2), 39-48. DOI: 10.18682/pd.v16i2.597
Palabras Claves de Búsqueda	Intervención, Online, Internet, Depresión
Palabras Claves del Artículo	Trastornos emocionales, TICs, Transdiagnóstico, Intervenciones online
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5763105.pdf
Descripción	Esta investigación pone a prueba un programa online para disminuir síntomas de depresión y ansiedad. Su aporte a este estudio es la oportunidad de una intervención online que combine distintas corrientes.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es el de intervención innovadora online, autoapliaca y que aborde a nivel terapéutico distintas técnicas de distintas corrientes. Con resultados favorables se busca la replicación de este tipo de ayudas a los pacientes.
Observaciones	Este modelo de intervención sería muy interesante de realizar en otros contextos y con otras muestras porque sería una oportunidad de acercar una terapia completa.

Nombre del Documento	Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis.
Autor	Brown, M; Glendenning, A; Hoon, A; John, A
Referencia Bibliográfica	Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Journal of Medical Internet Research</i> , 18(8). DOI: 10.2196/jmir.6200.
Palabras Claves de Búsqueda	Internet, ACT, online
Palabras Claves del Artículo	Internet-based; acceptance and commitment therapy; anxiety; depression; meta-analysis; mobile-based; quality of life; systematic review
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27558740
Descripción	Este trabajo revisa 10 artículos con evidencia de eficacia de intervenciones desde la ACT online. Su aporte a este estudio es recopilar la evidencia encontrada sobre esta terapia.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado fue la fusión entre la tecnología y una terapia conductual.
Observaciones	

Nombre del Documento	Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado.
Autor	Alvaro E. Carrasco
Referencia Bibliográfica	Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. <i>Interamerican Journal of Psychology</i> , 51(2), 181-189.
Palabras Claves de Búsqueda	Depresión, Intervención, Modelos, Psicoterapia
Palabras Claves del Artículo	Depresión, Psicoterapia, Integración, Modelos
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf
Descripción	Este artículo cubre los principales modelos utilizados en intervención para la depresión y proponen un modelo de enfoque integrado. Su aporte a este estudio es el de este enfoque, y una guía base de cómo abordar los modelos utilizados.
Conceptos Abordados	Los conceptos claves abordados fueron el modelo integrado que tenga como centro al paciente desde su individualidad y conectarlo así con la terapia que le funciona a esa persona en específico. Además añade similitudes entre las tres aproximaciones.
Observaciones	

Nombre del Documento	Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis.
Autor	Per Carlbring, Gerhard Andersson, Pim Cuijpers, Heleen Riper, Erik Hedman-Lagerlof
Referencia Bibliográfica	Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. <i>Cognitive Behaviour Therapy</i> , 47(1), 1-18, DOI: 10.1080/16506073.2017.1401115.
Palabras Claves de Búsqueda	TCC, Intenet, Behaviour, Therapy, Meta-Analysis
Palabras Claves del Artículo	Guided internet-delivered cognitive behavior therapy, Face-to-face therapy, anxiety and mood disorders, Somatic disorders, Meta-analysis
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29215315
Descripción	Esta investigación revisa 20 artículos que comparan iCBT con terapia TCC presencial. Su aporte a este trabajo es evidencia de efectividad de terapias online.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es iCBT como una alterantiva similar a terapia presencial, recalando la necesidad de mayores estudios y detalle de factores mediadores.
Observaciones	

Nombre del Documento	Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention.
Autor	Sona Dimidjian y Zindel V. Segal
Referencia Bibliográfica	Dimidjian, S. & Zegal, Z. (2015). Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. <i>American Psychologist</i> , 70, 593-620. DOI: 10.1037/a0039589.
Palabras Claves de Búsqueda	Mindfulness, Depresión, Therapy
Palabras Claves del Artículo	No tiene
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26436311
Descripción	Este artículo comenta sobre los conceptos y propuesta de la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT). Su aporte a este estudio es esta opción terapéutica con evidencia como tratamiento a la depresión.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es el de MBCT como terapia eficaz para depresiones recurrentes y recaídas, atacando el patrón rumiativo negativo que mantiene a las personas en depresión.
Observaciones	Importancia del patrón de pensamiento que mantiene la depresión, y la utilidad en trabajarlo.

Nombre del Documento	Efectos de la Inducción Emocional usando realidad virtual en la percepción de bienestar en personas vulnerables a padecer ansiedad y depresión.
Autor	Cristina Fernández Ramos y Berenice Serrano Zárate
Referencia Bibliográfica	Fernández, C. & Serrano, B. (2016). <i>Efectos de la Inducción Emocional usando realidad virtual en la percepción de bienestar en personas vulnerables a padecer ansiedad y depresión</i> (Tesis de maestría). Universitat Jaume I De Castelló, Castellón de la Plana.
Palabras Claves de Búsqueda	Online, terapia, intervención, depresión, móvil, virtual
Palabras Claves del Artículo	Inducción emocional, realidad virtual, bienestar, ansiedad, depresión.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166805/TFM_2015_Fern%C3%A1ndez%20RamosC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Descripción	Esta tesis propone un programa piloto de inducción de emociones positivas para ver su resultado en personas vulnerables a enfermedades mentales. Sus resultados favorables aportan a la evidencia de la tecnología como herramienta útil en prevención.
Conceptos Abordados	Aborda el concepto de realidad virtual para la salud mental, y la capacidad de mejorar el bienestar emocional a través de esta modalidad
Observaciones	

Nombre del Documento	Serious games for the treatment or prevention of depression: a systematic review.
Autor	Theresa M. Fleming, Colleen Cheek, Sally N. Merry, Hiran Thabrew, Heather Bridgman, Karolina Stasiak, Matthew Shepherd, Yael Perry y Sarah Hetrick
Referencia Bibliográfica	Fleming, T., Cheek, C., Merry, S., Thabrew, H., Bridgman, H., Stasiak, K., Shepherd, M., Perry, Y., & Hetrick, S. (2014). Serious games for the treatment or prevention of depression: a systematic review. <i>Revista de Psicopatología y Psicología Clínica</i> , 19(3), 227-241. DOI: 10.5944/rppc.vol.19.num.3.2014.13904
Palabras Claves de Búsqueda	Realidad Virtual, Intervenciones, Depresiones, Internet
Palabras Claves del Artículo	Depression, Adolescents, Computerised CBT, Serious gaming, E-therapy
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	http://www.aepp.net/arc/08_2014_n3_varios.pdf
Descripción	Este es una revisión sistemática de 9 estudios que consideran los llamados juegos serios para intervenir o prevenir la depresión. Su aporte a este estudio es una fuerte evidencia del uso de juegos como intervención innovadora.
Conceptos Abordados	Se abordan los Juegos Serios como intervención en depresión, de agrado para la población joven, sin necesidad de una modalidad cara a cara logrando resultados favorables en la reducción de la depresión. Además, resaltan la posibilidad de estudiar más esta modalidad para que los jóvenes desarrollen habilidades protectoras.
Observaciones	

Nombre del Documento	Síntomas residuales de la depresión: terapias coadyuvantes.
Autor	Enrique Flores, Víctor Terán, Jorge González.
Referencia Bibliográfica	Flores, E., Terán, V., & González, J. (2015). Síntomas residuales de la depresión: terapias coadyuvantes. <i>Salud Mental</i> , 38(1), 67-75.
Palabras Claves de Búsqueda	Depresión, Recaídas, Recurrencia, Síntomas residuales
Palabras Claves del Artículo	Síntomas residuales, Depresión, Remisión parcial, Psicoterapia, Tratamiento no farmacológico, Recaída.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.redalyc.org/pdf/582/58238799010.pdf
Descripción	Esta investigación describe el riesgo y los esfuerzos realizados para contrarrestar los síntomas residuales de la depresión. Su aporte a este estudio es el significado de este fenómeno que hasta el día de hoy se mantiene.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es el de síntomas residuales, como aquellos que quedan cuando no se llegó a remisión completa, y la asociación con el alto riesgo de recaídas que esto representa, añadiendo a la evidencia de que existe una alta tasa por resolver.
Observaciones	

Nombre del Documento	Telepsiquiatría: innovación de la atención en salud mental. Una perspectiva general.
Autor	Javier Garay Fernández y Carlos Gómez-Restrepo
Referencia Bibliográfica	Garay, J. & Gómez-Restrepo, C. (2011). Telepsiquiatría: innovación de la atención en salud mental. Una perspectiva general. <i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i> , 40(3), 504-518.
Palabras Claves de Búsqueda	Telesalud, Intervenciones, Innovadoras, Depresión
Palabras Claves del Artículo	Telepsiquiatría, telemedicina, consulta remota, servicios salud mental, innovación
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.redalyc.org/pdf/806/80622315010.pdf
Descripción	Esta investigación abarca los alcances que tiene la telepsiquiatría, así como sus desafíos. Su aporte a este estudio es la evidencia de la tecnología como buena intervención, pero con dificultades por resolver.
Conceptos Abordados	Se abordó el uso de medios digitales en casos de problemas de salud mental en población joven. Asimismo, se mencionan las tres principales retos que se deben tratar respecto al uso de la tecnología en salud mental, remarcando el tema de la relación terapéutica.
Observaciones	

Nombre del Documento	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos mayores con depresión.
Autor	Rocío García Bárcenas.
Referencia Bibliográfica	García, R. (2016). <i>Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en adultos mayores con depresión</i> (Tesis de licenciatura). Universidad de Jaén, Perú.
Palabras Claves de Búsqueda	ACT, depresión, evidencias
Palabras Claves del Artículo	Terapia de Aceptación y Compromiso, depresión, adultos mayores, Terapia Cognitivo Conductual.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://pdfs.semanticscholar.org/d9db/dc716266622cee7744c0f2e0a21a6065908a.pdf
Descripción	Esta es una tesis que plantea el panorama de atención a la depresión en la adultez mayor, desde la TCC y también la ACT. Su aporte a este estudio es la explicación de las principales técnicas de esta intervención.
Conceptos Abordados	Los conceptos clave abordados fueron: desesperanza creativa, clarificación de valores, control de eventos privados, diferenciación yo contenido de yo contexto, atender eventos privados y acciones hacia los valores. Como parte de una intervención eficaz de ACT a depresión.
Observaciones	

Nombre del Documento	Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation.
Autor	Eric Garland, Norman A. Farb, Philippe Goldin, Barbara L. Fredrickson
Referencia Bibliográfica	Garland, E., Farb, N., Goldin, P., & Fredrickson, B. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. <i>Psychological Inquiry</i> , 26, 293-314. DOI: 10.1080/1047840X.2015.1064294
Palabras Claves de Búsqueda	Positive psychotherapy, Evidence, Mindfulness, Depression
Palabras Claves del Artículo	Affective science, broaden-and-build, emotion regulation, eudaimonic well-being, interoception, mindfulness, Mindfulness-to-Meaning Theory, positive emotion, post-traumatic growth, reappraisal, upward spiral
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4826727/
Descripción	Esta investigación brinda una explicación del mindfulness y sus implicancias en el afecto positivo, cognición y sentido de vida. Su aporte a este estudio es el de metacognición como habilidad a desarrollar en el paciente.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado de metacognición explica la actitud aceptante de experiencia que adquiere quien aplica el mindfulness a su vida, como parte de la explicación de esta teoría.
Observaciones	

Nombre del Documento	Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis.
Autor	Goldberg, S., Tucker, R., Greene, P., Davidson, R., Wampold, B., Kearney, D., & Simpson, T.
Referencia Bibliográfica	Goldberg, S., Tucker, R., Greene, P., Davidson, R., Wampold, B., Kearney, D., & Simpson, T. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i> , 59, 52-60. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.10.011.
Palabras Claves de Búsqueda	Mindfulness, evidence, depression
Palabras Claves del Artículo	Evidence-based treatments; Meditation; Meta-analysis; Mindfulness; Psychiatric disorders; Relative efficacy
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29126747
Descripción	En este meta-análisis se evalúan 142 estudios para ver si la MBCT es efectiva en depresión comparada con TCC y farmacoterapia. Sus resultados favorables aportan a este estudio en evidencia para esta terapia.
Conceptos Abordados	El concepto de MBCT como intervención efectiva para la depresión.
Observaciones	

Nombre del Documento	Soluciones para optimizar los procesos de aprendizaje en el ámbito hospitalario.
Autor	Juan Felipe Gómez Nicholls
Referencia Bibliográfica	Gómez Nicholls, J. (2015) Soluciones para optimizar los procesos de aprendizaje en el ámbito hospitalario. Medellín, Colombia. Inclusión digital educativa para la cohesión social y el desarrollo. Repositorio digital La Universidad Nacional Autónoma de México.
Palabras Claves de Búsqueda	Internet, Terapia, Servicios, Telesalud, Online
Palabras Claves del Artículo	No tiene
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	http://www.virtualeduca.info/ponencias2013/359/InscripcinVirtualeduca.pdf
Descripción	Este trabajo describe la iniciativa de la tecnología para responder a la sobrecarga de demanda en hospitales. Su aporte a este estudio es una limitación al uso de las tecnologías nuevas en salud.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es el hecho de que las instituciones de salud puedan no estar totalmente preparadas para asumir el reto de unir la tecnología a sus servicios, debido a que de por sí tienen muchas fallas en la modalidad presencial.
Observaciones	Argumento a discutir.

Nombre del Documento	Internet-delivered cognitive behavioural therapy in a Canadian community hospital: a novel approach to an evidence-based intervention.
Autor	David Gratzer, Faiza Khalid-Khan, Shawna Balasingham, Nadia Yuen, Janany Jayanthikumar.
Referencia Bibliográfica	Gratzer, D., Khalid-Khan, F., Balasingham, S., Yuen, N., & Jayanthikumar, J. (2018). Internet-delivered cognitive behavioural therapy in a Canadian community hospital: a novel approach to an evidence-based intervention. <i>Canadian Journal of Community Mental Health</i> , 37(1), 1–5. DOI: 10.7870/cjcmh-2018-001
Palabras Claves de Búsqueda	iCBT, Evidence, Depression, TCC, Therapy
Palabras Claves del Artículo	Cognitive Behavioural Therapy (CBT), Internet-delivered CBT (iCBT), psychological intervention, depression, anxiety, access
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.cjcmh.com/doi/abs/10.7870/cjcmh-2018-001
Descripción	Este estudio explica la novedosa intervención en hospital de la terapia cognitiva conductual en internet (Icbt) encontrándola igual de efectiva que la presencial. Su aporte a este estudio es evidencia de tratamientos online para la depresión.
Conceptos Abordados	Se aborda la comprobación de la iCBT como terapia aceptada por pacientes con resultados en su depresión y ansiedad.
Observaciones	

Nombre del Documento	Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials.
Autor	Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A.
Referencia Bibliográfica	Hacker, T., Stone, P., & MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy—do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. <i>Journal of affective disorders, 190</i> , 551-565. DOI: 10.1016/j.jad.2015.10.053.
Palabras Claves de Búsqueda	ACT, depression, evidence therapy
Palabras Claves del Artículo	Acceptance and commitment therapy; Anxiety; Depression; Mental health; Sequential meta-analysis; Treatment efficacy
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26571105
Descripción	Esta investigación analiza 439 estudios de ACT para pacientes deprimidos. Su aporte a este estudio es la comparación con TCC.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es la intervención ACT como posible tratamiento, compilando mayor evidencia.
Observaciones	

Nombre del Documento	Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies.
Autor	Steven C. Hayes
Referencia Bibliográfica	Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. <i>Behavior Therapy</i> , 35, 639-665.
Palabras Claves de Búsqueda	ACT, Therapy, Depression, Evidence, Psychology
Palabras Claves del Artículo	No tiene
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.reachcambridge.com/wp-content/uploads/providing-a-rationale-on-different-treatments.pdf
Descripción	Este es un artículo que aborda la aceptación y compromiso y su conceptualización de diferentes problemas de salud mental. Su aporte a este estudio es el objetivo de esta terapia.
Conceptos Abordados	El concepto clave ha sido explicar que la ACT busca la aceptación en lugar de la lucha contra la experiencia, dejando el juicio y la evitación.
Observaciones	

Nombre del Documento	Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for depression: Comparison among older and younger veterans
Autor	Bradley E. Karlin, Robyn D. Walser, Jerome Yesavage y Aimee Zhang.
Referencia Bibliográfica	Karlin, B., Walser, R., Yesavage, J., Zhang, A., Trockel, M., & Taylor, C. (2013). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for depression: Comparison among older and younger veterans. <i>Aging & Mental Health</i> , 17, 555-563.
Palabras Claves de Búsqueda	ACT, Therapy, Depression, Evidence
Palabras Claves del Artículo	Acceptance and commitment therapy; depression; older adults; geriatrics; veterans; effectiveness
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23607328
Descripción	Esta investigación permite ver la eficacia de la ACT en depresión, siendo este su principal aporte a la compilación de evidencia de este estudio.
Conceptos Abordados	El concepto de ACT como intervención eficaz en jóvenes y adultos.
Observaciones	

Nombre del Documento	E-mental health: a rapid review of the literature.
Autor	Shalini Lal y Carol E Adair.
Referencia Bibliográfica	Lal, S. & Adair, C. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. <i>Psychiatry Services</i> , 65(1), 24–32. DOI: 10.1176/appi.ps.201300009.
Palabras Claves de Búsqueda	E-mental health, Depression, Evidence, Therapy online, Internet, Virtual
Palabras Claves del Artículo	No tiene
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24081188
Descripción	Este es un estudio de 115 artículos sobre las aplicaciones de e-mental health. Su aporte a este trabajo es en cuanto a las diversas tareas que puede asumir esta modalidad en salud mental.
Conceptos Abordados	Se indican los conceptos de intervención via e-mental health como tamizaje, evaluación e intervención que la posibilita como un canal para brindar atención en salud mental, sosteniendo una de las tres áreas innovadoras en tratamiento de la depresión.
Observaciones	

Nombre del Documento	E-mental health: Promising advancements in policy, research, and practice
Autor	Shalini Lal.
Referencia Bibliográfica	Lal, S. (2019). E-mental health: Promising advancements in policy, research, and practice. <i>Healthcare management fórum</i> , 32(2), 56-62. DOI: 10.1177/0840470418818583
Palabras Claves de Búsqueda	E-mental health, Salud mental, Internet, Online, Avances, Investigation
Palabras Claves del Artículo	No tiene.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0840470418818583
Descripción	Esta investigación describe lo que es e implica la propuesta e-mental health así como a lo que se enfrenta como desafíos. Su aporte a esta investigación es la definición de una de las áreas que se tratan como intervenciones nuevas.
Conceptos Abordados	El concepto clave abordado es e-mental health como el uso de medios para impartir servicios de salud mental, considerándose el que encaja para el propósito de este trabajo también.
Observaciones	Decisión de nombre de la primera área de intervenciones innovadoras.

Nombre del Documento	Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support: A Randomized Controlled Trial.
Autor	Päivi Lappalainen, Sitwat Langrial, Harri Oinas-Kukkonen, Asko Tolvanen, Raimo Lappalainen.
Referencia Bibliográfica	Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Depressive Symptoms With Minimal Support: A Randomized Controlled Trial. <i>Behavior Modification</i> , 39(6). DOI: 10.1177/0145445515598142
Palabras Claves de Búsqueda	Therapy, internet, online, e-mental health, ACT, depression
Palabras Claves del Artículo	Internet treatment; acceptance and commitment therapy; depressive symptoms; minimal support; reminders
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26253644
Descripción	Esta investigación describe los resultados de una intervención Good Life Compass en web con aceptación y compromiso (ACT) en 39 personas y sin contacto cara a cara con terapeuta, encontrando resultados favorables. Sirve a este estudio como evidencia de combinación de dos intervenciones innovadoras.
Conceptos Abordados	El concepto abordado es web-based acceptance and commitment therapy, logrando efectividad en reducir síntomas de depresión y siendo aceptado por quienes la recibieron. Sientan las bases para que se replique en estudios de mayor escala.
Observaciones	

Nombre del Documento	Eficacia y aceptabilidad de un programa de intervenciones psicológicas positivas versus un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de los trastornos depresivos.
Autor	Irene López Gómez.
Referencia Bibliográfica	López, I. (2018). <i>Eficacia y aceptabilidad de un programa de intervenciones psicológicas positivas versus un programa cognitivo-conductual para el tratamiento de los trastornos depresivos</i> . (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
Palabras Claves de Búsqueda	Psicología positiva, evidencia, depresión, psicoterapia, tcc
Palabras Claves del Artículo	No tiene.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	http://eprints.ucm.es/46736/1/T39654.pdf
Descripción	Esta es una tesis que busca comparar la efectividad de tratamientos cognitivo conductuales con el de intervenciones positivas en 128 mujeres con depresión. Sus resultados soportan la intervención psicológica positiva (IPP) como aceptada y enfocada en el bienestar del paciente.
Conceptos Abordados	Se aborda la IPP como eficaz y comparable con la TCC en resultados, con el plus de lograr mayor bienestar emocional en el usuario.
Observaciones	Importancia del agregado de satisfacción y bienestar que este tipo de intervenciones da.

Nombre del Documento	Viabilidad de una intervención psicológica clínica positiva para síntomas depresivos. Una serie de casos.
Autor	Adriana Mira, Angel Enrique, Amanda Díaz-García, Iryna Rachyla.
Referencia Bibliográfica	Mira, A., Enrique, A., Díaz-García, A., Rachyla, I., González-Robles, A., Bretón-López, J., & Botella, C. (2018). Viabilidad de una intervención psicológica clínica positiva para síntomas depresivos. Una serie de casos. <i>Revista Argentina de Clínica Psicológica</i> , 3, 381-392. DOI: 10.24205/03276716.2018.1077
Palabras Claves de Búsqueda	Psicología positiva, intervención, evidencia, psicología, depresión, síntomas
Palabras Claves del Artículo	Terapia cognitivo-conductual, síntomas depresivos, tratamientos manualizados, psicología clínica positiva, bienestar.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.researchgate.net/publication/327563945_Viabilidad_de_una_intervencion_psicologica_clinica_positiva_para_sintomas_depresivos_Una_serie_de_casos
Descripción	Esta investigación propone un protocolo de intervención unida a las usuales, desde la perspectiva psicológica positiva, logrando la viabilidad. Su aporte a este estudio es la posibilidad de fusionar tratamientos.
Conceptos Abordados	Se incluye el concepto de Psicología Clínica positiva como posibilidad de unir lo existente con lo nuevo logrando reducir síntomas y aumentar afecto positivo. Deja una línea en el campo profesional por explorar.
Observaciones	

Nombre del Documento	Behavioural Activation for Depression: A Clinician's Guide.
Autor	Christopher R. Martell, Sona Dimidjian, y Ruth Herman-Dunn.
Referencia Bibliográfica	Martell, C., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). <i>Behavioural Activation for Depression: A Clinician's Guide</i> . New York: Guilford.
Palabras Claves de Búsqueda	Behavioural treatment, therapy, depression
Palabras Claves del Artículo	No tiene
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.guilford.com/books/Behavioral-Activation-for-Depression/Martell-Dimidjian-Herman-Dunn/9781462510177/authors
Descripción	En esta guía se describen conceptos, ideas, teoría y aplicaciones de la activación conductual. Su aporte a este estudio es el entendimiento de la visión de la depresión desde esta intervención innovadora.
Conceptos Abordados	El concepto abordado es la depresión como un trastorno que tiene origen en factores externos y de ambiente, y deja atrás la idea de que está en las cogniciones. Además, refiere el objetivo en el cambio de comportamiento y sus refuerzos.
Observaciones	

Nombre del Documento	El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión.
Autor	Manolete S. Moscoso y Cecile Annette Lengacher.
Referencia Bibliográfica	Moscoso, M. & Lengacherb, C. (2017). El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión. <i>Mindfulness & Compassion</i> , 2(2), 64-70.
Palabras Claves de Búsqueda	Mindfulness, depresión, emociones, intervención, evidence.
Palabras Claves del Artículo	Mindfulness, Depresión, Desregulación emocional, Atención, Aceptación.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.researchgate.net/publication/320687781_El_rol_de_mindfulness_en_la_regulacion_emocional_de_la_depresion
Descripción	Esta investigación revisa los conceptos de mindfulness, para determinar su papel en la regulación del afecto negativo. Su aporte a este estudio es el cambio de perspectiva de la depresión, y como el mindfulness ayuda desde el afecto positivo.
Conceptos Abordados	El concepto de regulación emocional en depresión se explica como la presencia de emociones negativas y ausencia de positivas, por lo cual el mindfulness al aumentar estas últimas se desharía de las negativas dando contra a la depresión.
Observaciones	

Nombre del Documento	Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults.
Autor	JV. Olthius, MC. Watt, K. Bailey, JA. Hayden y SH Stewart.
Referencia Bibliográfica	Olthuis, J., Watt, M., Bailey, K., Hayden, J., & Stewart, SH. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. <i>Cochrane Database Systematic Reviews</i> , 3. DOI:10.1002/14651858.CD011565.pub2
Palabras Claves de Búsqueda	Internet, iCBT, online, terapia, depresión, depression, e-mental health
Palabras Claves del Artículo	No tiene.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25742186
Descripción	Esta investigación analiza 30 estudios donde se compara la intervención online vs presencial de la TCC para diversos desórdenes emocionales. Su aporte a este estudio son los resultados favorables que colocan la iCBT como propuesta eficaz para disminuir depresión.
Conceptos Abordados	El concepto de iCBT como terapia igual de eficaz que TCC presencial.
Observaciones	

Nombre del Documento	Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer.
Autor	Paula Fernanda Pérez Rivero, Ana Fernanda Uribe Rodríguez.
Referencia Bibliográfica	Pérez, P. & Uribe, A. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. <i>Psicooncología</i> , 13(1), 101-111. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52490
Palabras Claves de Búsqueda	ACT, intervención, evidencia, depresión
Palabras Claves del Artículo	No tiene.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5512966
Descripción	Este es un estudio de caso que añade a la evidencia de la ACT para reducir síntomas depresivos y malestar emocional, sus resultados favorables aportan a este trabajo.
Conceptos Abordados	Se aborda la ACT como una intervención capaz de reducir una depresión moderada a una no significativa clínicamente. Se buscan estudios mayores para generalizar.
Observaciones	

Nombre del Documento	Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión.
Autor	S. Pintado y M. Castillo.
Referencia Bibliográfica	Pintado, S. & Castillo, M. (2017). Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión. <i>Revista Latinoamericana de Psicología Positiva</i> , 3(1), 60-67.
Palabras Claves de Búsqueda	Psicoterapia positiva, depresión, intervención, 2017, 2018, 2019
Palabras Claves del Artículo	Psicología Positiva, intervención psicológica, depresión
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	http://psycap.cl/wp-content/uploads/2017/05/Propuesta-de-un-programa-de-intervencio%CC%81n-piloto-basado-en-la-Psicologi%CC%81a-Positiva-para-la-reduccio%CC%81n-de-si%CC%81ntomas-de-depresio%CC%81n-.pdf
Descripción	Este trabajo propone un programa de intervención base en psicología positiva para la depresión en 16 universitarios. Los resultados favorables sientan base de la eficacia de estas intervenciones.
Conceptos Abordados	Se aborda un programa piloto de intervención positiva centrado en los recursos personales del paciente que debe replicarse para demostrar su eficacia sobre la depresión.
Observaciones	

Nombre del Documento	Uso de e-mental health para el seguimiento posterapia de pacientes con depresión en Colombia.
Autor	Jorge Humberto Vanegas Osorio, Mariana Krause Jacob, Stephanie Bauer, Markus Moessner.
Referencia Bibliográfica	Vanegas, J., Krause, M., Bauer, S., Moessner, M., & Espinosa, D., Carrasco, A., Botero, L. Castrillón, L., Medina, C., & Patiño, J. (2017). Uso de e-mental health para el seguimiento posterapia de pacientes con depresión en Colombia. <i>Revista Virtual Universidad Católica del Norte</i> , 25, 41-56.
Palabras Claves de Búsqueda	E-mental health, intervención, online, desprsión, internet
Palabras Claves del Artículo	Depresión, E-mental Health, Internet, Monitoreo de apoyo.
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.redalyc.org/pdf/1942/194253828004.pdf
Descripción	Este estudio recopila los informes e información de la propuesta de e-mental health en 15 personas para lograr mantener los logros terapéuticos en depresión, fue aceptado y sirve a este estudio como evidencia empírica.
Conceptos Abordados	Aborda el concepto clave es e-mental health como adecuada herramienta de seguimiento a pacientes deprimidos, cuidando el aspecto de intimidad y de poder replicarlo en muestras más grandes.
Observaciones	

Nombre del Documento	Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis.
Autor	Fernando Vázquez, Ángela Torres, Vanessa Blanco, Patricia Otero y Elisabet Hermida.
Referencia Bibliográfica	Vásquez, F., Torres, A., Blanco, V., Otero, P., & Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis. <i>Revista iberoamericana de psicología y salud</i> , 6(1), 39-52.
Palabras Claves de Búsqueda	Intervenciones, innovadoras, depresión, terapia, internet, online
Palabras Claves del Artículo	Depresión, Revisión, Psicoterapia, Telesalud, Intervenciones psicológicas telefónicas
Ubicación (Dirección Electrónica Específica) y/o clasificación topográfica de la Biblioteca donde se encuentra	https://www.redalyc.org/pdf/2451/245132933005.pdf
Descripción	En este meta-análisis se evalúan 17 estudios que tocan intervenciones por teléfono para la depresión, la mayoría desde la TCC. Sus conclusiones favorables hacia este tipo de intervención aportan a la evidencia de este estudio.
Conceptos Abordados	El concepto clave de intervención vía telefónica queda definido como herramienta útil para tratar depresión, pero hace falta estudiar otros factores que estén interviniendo en el efecto logrado.
Observaciones	