

2020



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

**Validación de un protocolo de
intervención basado en la evidencia para
la depresión**

Cindy Fabiana Cordero Galindez

Psicología

Facultad de Ciencias Humanas y

Sociales

Corporación Universitaria

Iberoamericana



Validación de un protocolo de intervención basado en la evidencia para la
depresión

Validation of an evidence-based intervention protocol for depression

Cindy Fabiana Cordero Galindez

Autor

Aguirre Camacho, Danna M.

Bohorquez Salinas, Jeraldin D

Campos Falla, Monica L.

Castañeda Sanchez, Ana R.

Muñoz Riveros, Liseth P.

Orjuela Quiroga, Anggye C.

Pantoja Arias, Maria C.

Riaño Ballen, Diana M.

Rojas Montaña Thania Yiced

Castellanos Yuli Constanza

Vanegas Florez Lorena Esperanza

Gonzalez Cindy Johanna

Sánchez Otálora Paula Andrea

Programa de Psicología

Diciembre, 23 de 2020

Resumen

La presente investigación buscó dar respuesta a necesidades en el área de psicología clínica con relación a estrategias estandarizadas de intervención que permitan el éxito y la eficacia de la intervención clínica, con el propósito de poder mejorar el bienestar psicológico del paciente, su calidad de vida y a su vez el de la comunidad. El objetivo de la investigación fue recopilar evidencia para la validación de un protocolo a fin de hacer una intervención del trastorno de depresión, para ello se revisó la literatura de intervenciones basadas en la evidencia con la finalidad de sistematizar la información y con ello se elaboró el protocolo el cual contó con la validación por expertos, logrando cuantificar el acuerdo entre ellos y posterior a esto realizar los ajustes que de dicha valoración emerjan. De acuerdo a la valoración de los expertos, se encontró que todos los factores que se incluyeron en el protocolo tuvieron un CVR y CVI, superior a 0.58 de acuerdo al modelo de Lawshe, cumpliendo con esta primera aproximación se obtuvo una primera versión del protocolo de intervención basado en la evidencia para la depresión, este protocolo permitirá aumentar la probabilidad del éxito en el proceso terapéutico, garantizando así el cumplimiento de los principios bioéticos en los procesos de intervención en psicología clínica.

Palabras Clave: Depresión, intervención basada en la evidencia, intervención por proceso, protocolo clínico, Guía Clínica

Abstract

This research sought to respond to needs in the area of clinical psychology in relation to standardized intervention strategies that allow the success and effectiveness of clinical intervention, with the purpose of being able to improve the psychological well-being of the patient, their quality of life and turn that of the community. The objective of the research was to collect evidence for the validation of a protocol in order to carry out an intervention for depression disorder, for this the literature of evidence-based interventions was reviewed in order to systematize the information and with this the The protocol was validated by experts, managing to quantify the agreement between them and, after this, make the adjustments that emerge from said assessment. According to the experts' assessment, it was found that all the factors that were included in the protocol had a CVR and CVI, higher than 0.58 according to the Lawshe model, complying with this first approach, a first version of the protocol of Evidence-based intervention for depression, this protocol will increase the

probability of success in the therapeutic process, thus guaranteeing compliance with bioethical principles in clinical psychology intervention processes.

Key Words: Depression, evidence-based intervention, process intervention, clinical protocol, Clinical Guide

Tabla de Contenido

Introducción	7
Capítulo 1 - Fundamentación conceptual y teórica	10
Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo.....	24
2.1 Tipo y Diseño de Investigación	
2.2 Población o entidades participantes	
2.3 Definición de Variables o Categorías	
2.4 Procedimiento e Instrumentos	
2.5 Alcances y limitaciones	
Capítulo 3 – Resultados.....	30
Capítulo 4 - Discusión	34
Capítulo 5 - Conclusiones	36
Anexos	37
Referencias	42

Índice de Tablas

Tabla No. 1 Evaluación de expertos a cada factor de acuerdo a las categorías.....	30
Tabla No 2. Valores de la categoría de pertinencia por cada factor	31
Tabla No 3. Valores de la categoría de relevancia por cada factor	31
Tabla No 4. Valores de la categoría de claridad por cada factor	32
Tabla No 5. Valores de la categoría de coherencia por cada factor.....	33
Tabla No 6. Valores de la categoría de coherencia por cada factor.....	33

Índice de Anexos

Anexo 1.....37

Introducción

Los procesos de evaluación e intervención en las áreas de la salud, son procedimientos que están en constante búsqueda basada en los diferentes resultados de investigaciones, ya que esto ha permitido tener evidencia de cada proceso que se realiza, es por esto que en la medicina se realizan diferentes investigaciones en las que se busca dar soporte en la evidencia del paso a paso en un proceso de evaluación e intervención en diferentes problemáticas, a fin de garantizar el éxito dentro de cada procedimiento, con relación a lo anterior se hace necesario hacer mención de algunas investigaciones en donde se han realizado protocolos clínicos, de acuerdo, a los intereses ya mencionados: una de estas investigaciones es de Kim, et al. (2018), quienes mencionan en su investigación nombrada "Clinical practice guidelines for the use of traditional Korean medicine in the treatment of patients with traffic-related injuries: An evidence-based approach" la realización de una guía clínica para el manejo de pacientes con lesiones relacionadas con el tráfico, dándole sustento a prácticas de la medicina tradicional coreana, al igual que lo realizado por Kiriakova, et al. (2019) quienes en su investigación no solo pretendieron evaluar la guías de práctica clínica para el manejo de salud de mujeres con insuficiencia ovárica prematura, sino también establecer algoritmos de búsqueda de guías de práctica clínica en inglés.

Como estas investigaciones mencionadas anteriormente, en la medicina hay diferentes estudios que pretenden revisar o establecer guías que buscan la sistematización de los diversos procesos. Ahora en relación con los estudios realizados en la psicología se hallaron diferentes guías que abordan características psicológicas en comorbilidad con enfermedades médicas, en la investigación de Rosen, et al. (2013) nombrada "Improving Emergency Department Identification and Management of Agitated Delirium in Older Adults: Implementation and Impact Assessment of a Comprehensive Clinical Protocol Using an A-B-C-D-E-F Mnemonic" en la que implementaron y evaluaron el impacto de un protocolo clínico para aumentar y mejorar el manejo del departamento de emergencias del delirio agitado en adultos mayores. En Colombia en el 2008, las investigadoras Caycedo, Ballesteros de Valderrama, & Novoa realizan un análisis de un protocolo, pero en este

caso se realizó un proceso de validación de un protocolo de formulación de caso desde las categorías de bienestar psicológico.

Ahora con relación a la depresión, la American Psychiatric Association (2013) refiere que es un trastorno que está integrado por varios tipos, depresivo mayor, depresivo persistente, disfórico premenstrual entre otros, estos se caracterizan principalmente por un estado de ánimo triste, por sentimientos de vacío, constante irritabilidad. A consecuencia de la depresión se logra evidenciar cambios comportamentales, cognitivos y somáticos, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), la depresión es uno de los trastornos más habitual en el mundo, y de acuerdo a múltiples estudios (Akechi, 2020; Gilchrist, & Sadler, 2019; Qi, et al., 2019) la depresión afecta a una persona de manera significativa en sus áreas de ajuste familiar, académica, laboral, social y personal, pues este trastorno puede ocurrir por un desequilibrio químico, es decir su etiología puede ser biológica (Dean, & Keshavan, 2017; Saveanu, & Nemeroff, 2012), como también por factores ambientales, situaciones de la vida cotidiana de la persona que logre causar un desajuste emocional (Prina, et al., 2019; Saveanu, & Nemeroff, 2012).

Con relación a lo anterior, además de las afectaciones que causa la depresión en las personas en sus diferentes áreas de ajuste (familiar, académica, laboral, social y personal) es importante resaltar la relación que existe entre la depresión y el suicidio, ya que la ideación suicida es uno de los criterios diagnósticos de la depresión, de acuerdo a esto, la OMS (2018) menciona que en el año se suicidan 800.000 personas en el mundo, siendo el suicidio la segunda causa de muerte en personas entre edades de 15 a 29 años, ahora existen intervenciones eficaces para la depresión, se encuentra que más de la mitad de personas con depresión en el mundo no reciben atención a tiempo; en Colombia de acuerdo al boletín de salud mental del Ministerio de Salud [MINSALUD] en el 2017, se informó que en el 2009 se reportó 17.711 atenciones en depresión moderada y en el 2015 se atendieron 36.584 casos de depresión moderada teniendo un aumento muy significativo de casos, en lo que tiene que ver con la depresión grave con y sin presencia de síntomas psicóticos, si bien las cifras son menores, también se evidencia un aumento en el paso de estos años, encontrando una prevalencia en mujeres.

En función a esto se hace necesario explorar todas las alternativas que aumenten los niveles de eficacia en la intervención pues como ya se expuso, la depresión es uno de los problemas más importantes en la salud mental, de acuerdo con lo mencionado por el MINSALUD (2017) en las estadísticas, por esta razón se deben buscar todas las estrategias posibles con el fin de prevalecer la vida de cada persona, el bienestar psicológico y aportar evidencia a la salud mental

De acuerdo a lo anterior, se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Recopilar evidencia para la validación de un protocolo clínico de intervención para la depresión

Objetivos Específicos

Identificar modelos de intervención para la depresión

Diseñar el contenido y fases que tendrá el protocolo de intervención para la depresión y ansiedad

Realizar el proceso de la validez por expertos del protocolo de intervención

Ajustar aspectos en el protocolo en función a la valoración por los expertos

Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica

La OMS (2017) afirma que la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, sensación de cansancio, falta de concentración, y también puede estar acompañada por trastornos del sueño o del apetito. Desde otro punto de vista Navarro (1990) menciona que la depresión se refiere a una sensación de malestar, donde se evidencian tristeza, angustia, mal humor, frustración, todo esto en consecuencia de un o varios eventos negativos sucedidos a lo largo de la vida.

Igualmente, Rojas (2006) afirma que la depresión es una enfermedad heredada o adquirida, con una sintomatología específica la cual se asocia a cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual y cognitivo; en este mismo sentido, Chávez y Tena (2018) mencionan que la depresión (del latín depressus, significa abatimiento) es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se conocen, es un trastorno del estado de ánimo, y puede ser transitorio o permanente, es caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpa, igualmente se le alude la incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas o de los acontecimientos de la vida cotidiana y esto es llamado anhedonia. En la mayoría de las ocasiones es de fondo hereditario o adquirido y su sintomatología está conducida por un descenso del estado de ánimo, al que se asocian cambios negativos en el campo somático, de conducta y cognitivo.

Con relación a lo anterior, Belloch, Sandín, y Ramos (2009), refiere que la depresión puede presentarse de manera diferente en cada individuo en aspectos como el curso o la gravedad del trastorno. No obstante, presentan los siguientes signos y síntomas:

Anímicos: El estado de ánimo abatido y la tristeza profunda son características comunes en la depresión, aunque en algunas personas también puede presentarse irritabilidad, nerviosismo, sensación de vacío, anhedonia, disminución de emociones asociadas al júbilo y la alegría (Belloch, et.al., 2009).

Conductuales: Las personas con depresión, generalmente no tienen motivación para hacer actividades, lo que puede generar un retardo psicomotor, es decir, enlentecimiento de los movimientos motores. (Belloch, et.al., 2009).

Cognitivos: La depresión puede ocasionar síntomas como dificultad de concentración, atención, memoria, control ejecutivo, evaluación negativa de sí mismo/a, del mundo y del futuro, pérdida de la autoestima y autodepreciación. (Belloch, et.al., 2009).

Físicos / Somáticos: pérdida del apetito; alteraciones en el sueño: insomnio o hipersomnia, fatiga, disminución de la práctica y deseo sexual, Por otra parte, algunos pacientes reportan síntomas como estreñimiento, cefalea, dolor de espalda, entre otros. (Belloch, et.al., 2009).

Interpersonales: Las personas con depresión suelen disminuir el contacto con actividades de interacción social. De acuerdo con Beck (1976, citado por Belloch, Sandín y Ramos, 2009) un 70% de las personas con el trastorno afirman haber perdido el interés por los demás.

En la actualidad según González-Forteza, et al., (2015) se puede entender a la depresión primero como un estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que dan lugar a una serie de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos (intelectuales), asertivos y sociales, entre otros. La depresión es un estado afectivo compuesto fundamentalmente por las áreas afectiva, somática, cognitiva y conductual; siendo la afectiva la más importante, ya que determina la génesis y expansión de la depresión hacia las demás áreas.

Historia

Las primeras aproximaciones científicas del concepto de depresión se remontan en el siglo IV A.C, cuando Hipócrates usa el término melancolía proveniente del latín melain chole, para referirse a los estados de tristeza causados por la inestabilidad en la secreción

de bilis negra. Posteriormente Kraepelin, un prestigioso psiquiatra de la época marcó la distinción entre demencia precoz (esquizofrenia) y la enfermedad maníaco depresiva a partir de criterios como la historia familiar de los pacientes, el curso de las enfermedades y su gravedad (Belloch, et al., 2009).

El término depresión entra a ser usado en la lengua inglesa durante el siglo XVII y en la actualidad es un término que reemplaza la melancolía en un lenguaje profesional. Son palabras que representan un carácter, temperamento o un simple estado de malestar temporáneo. Llegando a ser términos utilizados por personas del común sin hacer referencia a una enfermedad. Richard Blackmore, en 1725, habla de “estar deprimido en profunda tristeza y melancolía”. Robert Whytt, en 1764, relaciona “depresión mental” con “espíritu bajo”, hipocondría y melancolía (Jackson, 1986 Citado por Korman y Sarudiansky, 2011).

Así mismo, Burton (1621, como se citó en Toledo, 2004) menciona la tristeza como un síntoma de la melancolía, también incluye las obsesiones, los delirios, la conducta suicida y las quejas hipocondriacas. Lo que hoy en día se denomina depresión mayor. Este concepto de melancolía ha cambiado su concepto como el desarrollo de la psicología, el nuevo modelo anatómico clínico de enfermedad y la inclusión de experiencias subjetivas como consecuencia de ello la melancolía dejó de ser un subtipo de la manía, un trastorno primario del intelecto, lo que resultó fue una forma de “locura parcial”, definido como un trastorno primario de las emociones.

Por otro lado, Esquirol (1772 como se citó en Álvarez, 2012) acuñó la palabra “lipemanía” para referirse a los estados afectivos primarios, refiriendo que la melancolía con delirio o lipemanía, fue un término que solo utilizó en la psiquiatría española y francesa, en la que el concepto de lipemanía se propuso con una clasificación de cuatro grupos y dieciséis subtipos detallando una psicopatología específica y definida por el tipo de afecto y los delirios depresivos. Luego aparece el término de “depresión” en psiquiatría, aunque para mediados del siglo XIX ya estaba incursionando en la medicina vascular para hacer referencia a la disminución de ciertas funciones denominadas inicialmente en

sentido analógico como “depresión mental” (Delasiauve,1860, como se citó en Luque, y Berrios, 2011).

Hacia finales del siglo XIX, “depresión” era sinónimo de “melancolía”, y se definía como una “enfermedad caracterizada por el abatimiento del ánimo, la falta de valor o de iniciativa y la tendencia a los pensamientos tristes. (Korman, y Sarudiansky, 2011).

En la década del 40 la depresión no era más que un síntoma detectable en la mayor parte de las enfermedades mentales; actualmente es considerado el trastorno mental más extendido en el mundo (Ehrenberg, 2000).

En la actualidad cuando se refiere a depresión se relaciona directamente con trastornos mentales; los trastornos mentales fueron descritos por la asociación americana de psiquiatría en 1997 (American Psychiatric Association [APA] 1997), como un síndrome o patrón de comportamiento psicológico de significación clínica, el cual se encuentra asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo, y a partir de este riesgo, se encuentra que se puede llegar a aumentar la probabilidad de morir, de sufrir dolor o pérdida de libertad. Otro aspecto importante de acuerdo a esta concepción de trastorno mental, es que, además este síndrome o patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular, pues, cualquiera que sea la causa, debe entenderse el trastorno como una manifestación individual de una dificultad comportamental, psicológica o biológica (Barreira, 2015).

Con relación a lo anterior se hace necesario mencionar la evolución a lo largo de la historia en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). El DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría es un sistema de clasificación de trastornos mentales el cual tiene descripciones claras en diferentes categorías diagnósticas. Se creó con el fin de que los clínicos e investigadores del área de la salud puedan estudiar, diagnosticar y tratar distintos trastornos (Barrio, 2009).

Este surgió en la segunda guerra mundial ya que los soldados afectados hicieron que naciera la necesidad de tener un lenguaje común clasificatorio. Por lo cual en 1944 y 1945

el ejército y la marina fueron los principales gestores, pero en un comienzo la clasificación no fue satisfactoria por lo cual tuvieron que pedir ayuda a psiquiatras y psicólogos con esto dieron inicio a la creación de los DSM. (Barrio, 2009)

Estos a través del tiempo han venido generando modificaciones en las definiciones de los trastornos mentales en este caso valoraremos los cambios en el concepto de depresión. Comenzando con el DSM-I (1952) en el cual la depresión está incluida en primera instancia dentro del categoría desórdenes psicóticos definida como reacción depresiva la cual se caracteriza por un grado variable de desintegración de la personalidad y falta de una evaluación correcta de la realidad externa en varias esferas (áreas de ajuste), adicionalmente una persona con este diagnóstico tenía una falla en su capacidad de relacionarse afectivamente con otras personas o con su propio trabajo. También relacionan la depresión en el grupo de reacciones afectivas y dividida en varios tipos que son: reacción depresiva maníaca, tipo maníaco, reacción depresiva maníaca, tipo depresivo y reacción psicótica depresiva. (APA, 1952).

Posterior a esto se crea el DSM-II (1968) donde la depresión se puede encontrar en la categoría de trastornos afectivos mayores esta se caracteriza por el estado de ánimo denominado depresión extrema o euforia, los cuales especifica que son dominantes con la vida mental del paciente y es responsable de cualquier pérdida de contacto que tenga con su entorno. Por lo cual deducen que se relaciona directamente con una experiencia de vida precipitante y, por lo tanto, se distingue de la reacción depresiva psicótica y la neurosis depresiva. Encontramos la depresión como melancolía involuntaria el cual está definida como un trastorno que ocurre en un período involutivo y se caracteriza por preocupación, ansiedad, agitación e insomnio severo. Sentimientos de la culpa y las preocupaciones somáticas están frecuentemente presentes y pueden ser de proporciones delirantes. En esta versión diferencia la melancolía voluntaria de la enfermedad depresiva maníaca por la ausencia de episodios previos; al igual se ve distinguido de la esquizofrenia ya que es una realidad deteriorada y se deben a un trastorno del estado de ánimo; y por último la distinguen de reacción psicótica depresiva en que la depresión no es debido a alguna experiencia de vida (DSM-II ,1968, como se citó en Barrio, 2009).

Después de varios años se genera una nueva versión el DSM III se generó un cambio de terminología y de neurosis se pasó a llamar trastornos de la ansiedad.

En continuidad se genera el DSM IV (1994) se encuentra en la categoría trastornos de estado de ánimo donde la podemos encontrar como una subcategoría nombrada trastornos depresivos en la cual asocia con el trastorno depresivo mayor el cual tiene las siguientes características, iniciando puede empezar a cualquier edad y la edad promedio de inicio es la mitad de la tercera década de la vida. Los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente.

El curso del trastorno depresivo mayor, recidivante, es variable. Algunas personas tienen episodios aislados separados por muchos años sin síntomas depresivos, en tanto que otras tienen episodios agrupados, e incluso otras tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que se hacen mayores. Algunos datos sugieren que, en general, los períodos de remisión duran más en las fases tempranas del curso del trastorno. El número de episodios previos es predictor de las probabilidades de presentar un episodio depresivo mayor posterior. Aproximadamente, se puede esperar que el 50-60 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, tengan un segundo episodio. Los sujetos que han tenido un segundo episodio tienen un 70 % de posibilidades de tener un tercero y los sujetos que han tenido tres episodios tienen un 90 % de posibilidades de tener el cuarto. Entre el 5 y el 10 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco (p. ej., presentan un trastorno bipolar I) (APA, 1994).

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación interepisódica total sin recuperación interepisódica total, pueden tener valor pronóstico. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único. Hay datos que

sugieren que estos sujetos tienen más probabilidades de presentar otros episodios depresivos mayores, tienen una peor recuperación interepisódica y pueden necesitar un tratamiento más intenso en la fase aguda y un período más largo de tratamiento (APA, 1994).

Actualmente se maneja la última versión que es DSM V (2013) se encuentra la depresión como una categoría llamada trastornos depresivos donde son especificadores de trastornos depresivos: especificador "con patrón estacional" y este no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar) y donde se relaciona nuevamente con el trastorno de depresión mayor en el cual indica que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una importante presencia una disminución de la energía, hipersomnias, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo de carbohidratos. Junto con esto dentro de la categoría nombran Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo: desarrollo y curso el cual registra como Dado que es probable que los síntomas del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo cambian a medida que los niños maduren, este diagnóstico deberá restringirse a los grupos de edad similares a aquellos en los que se ha determinado su validez (18 años).

Junto con este Trastorno depresivo persistente el cual entre los criterios de los síntomas bastan para un diagnóstico de episodio de depresión mayor en algún momento durante este periodo, entonces se registrará hará el diagnóstico de trastorno de depresión mayor pero no se modificará como un diagnóstico aparte, sino y se registrará como un especificador de Todos los derechos reservados. diagnóstico de trastorno depresivo persistente (APA, 2013).

En continuidad de lo anterior, la depresión ha sido caracterizada en diferentes enfoques, por ello se relacionará los principales enfoques y su concepción de la depresión.

Enfoque psicoanálisis

Freud (1917, citado por Tyson y Range, 2003)"contempla como la agresión hacia un objeto interiorizado con un significado ambivalente". lo cual este tiene una similitud con la

gestalt referente a la depresión al observar la dependencia de la persona depresiva respecto de otros para el mantenimiento de la autoestima.

Perls usa el término “del perro de arriba y el perro de abajo” conceptualizando, una división de la personalidad en la que el individuo fracasa en la resolución, o no es totalmente consciente, del conflicto planteado entre dos componentes diametralmente opuestos de su personalidad. en una persona deprimida neuróticamente, uno de los componentes de la personalidad estaría representado por una conciencia o superego muy severo (el perro de arriba), que sería el resultado de un entorno que originalmente impuso sus preceptos al individuo bajo las amenazas del castigo, retirada de afecto, etc. (el perro de abajo) representa actitudes y creencias que hacen referencia al supuesto desamparo, incompetencia y falta de adecuación del individuo. La persona neurótica deprimida necesita apoyo de su entorno, y con tal de obtener con tal de obtener este indispensable soporte, utiliza toda suerte de manipulaciones neuróticas incluyendo, negación de aspectos del sí mismo, dependencia de otros, rigidez, la creencia de que le ocurrirán las cosas más terribles si no consigue apoyo del exterior (Perls, 1976, como se citó en Tyson y Range, 2003).

Enfoque psicodinámico

La perspectiva psicodinámica, la neurosis depresiva es entendida como un trastorno del estado de ánimo que comprende tanto la distimia como la depresión mayor no psicótica. El conflicto inconsciente que causa la depresión neurótica es el narcisismo exacerbado del ideal del yo. La depresión: etiología y tratamiento 186 desencadenantes del trastorno entre estas pueden estar la decepción amorosa, fracaso profesional, daño corporal, entre otros. Son heridas narcisistas que estremecen una imagen ideal de sí que se sostiene en una idealización defensiva con falta de apoyo real o simbólico. (Bogaert, 2012). El término “depresión vital” es utilizado para nombrar un tipo de depresión que no tiene explicación por una causa de orden psicológico, y su empleo se debe al efecto favorable que tienen los fármacos antidepresivos en los pacientes que padecen este tipo de trastorno. Sin embargo, se debe tener en cuenta que las experiencias psicológicas también influyen

sobre los procesos bioquímicos del cerebro, como lo han podido demostrar en diferentes experiencias con animales (Bogaert, 2012).

De acuerdo con los postulados realizados por Freud la causa de la depresión se debe a que las personas deprimidas tuvieron una fijación en la etapa oral, la cual los hizo dependientes, por lo tanto, cuando el individuo atraviesa por la pérdida de un ser querido o tiene una pérdida simbólica, entendida como el rechazo o reproche de alguien como símbolo de una pérdida anterior. Asimismo, afirmó que las personas con depresión no afrontan adecuadamente el duelo, proceso que denominó “dolor o trabajo de duelo” en el cual el individuo evoca recuerdos del ser querido y experimenta dos estados afectivos opuestos: el enojo que se genera por el abandono del otro y la culpa de las faltas cometidas hacia la persona que perdió (Sue, Sue y Sue, 2010).

Freud (citado por Butcher, Mineka, y Hooley, 2007) manifestaba una gran similitud que entre los síntomas de la depresión clínica y los síntomas de las personas que están de luto por la pérdida algún ser querido. Freud y uno de sus colaboradores Karl Abraham, propusieron la Hipótesis de que cuando muere una persona querida, el individuo regresa a la etapa oral del desarrollo (la etapa en la que el niño todavía no es capaz de distinguir a los demás de sí mismo), e incorpora a la persona perdida, por lo que experimenta los mismos sentimientos hacia sí mismo y hacia esa persona. Tales sentimientos incluyen también la ira y la hostilidad, ya que Freud creía que inconscientemente mantenemos sentimientos negativos hacia las personas que amamos, por el poder que ejercen sobre nosotros. Por ende, las teorías psicodinámicas proponen la Hipótesis de que en realidad la depresión es la ira dirigida hacia nuestro interior. Freud manifestó también que la depresión podría aparecer como el resultado de pérdidas imaginarias o simbólicas. Para Freud la principal diferencia que encontraba entre el luto y la depresión era que las personas deprimidas manifiestan una autoestima más baja y son más críticas consigo mismas. y que las personas más predispuestas a sufrir de depresión deben haber experimentado la pérdida de una madre, o quizá sus padres no fueron capaces de satisfacer sus necesidades infantiles de amor y cuidados.

Enfoque cognitivo

En este enfoque se plantea que la depresión es causada por los pensamientos, en ese sentido afirman que las personas con depresión tienen una tendencia a pensar negativamente, por lo que se perciben como incapaces y sin valor, generando culpa, autocrítica y expectativas poco realistas del deber ser (Ellis 1989, citado por Sue, Sue y Sue, 2010). Así mismo, Beck (1976 citado por Sue, Sue y Sue, 2010) afirma que las personas con depresión tienen ciertos esquemas y marcos cognitivos, por los cuales perciben e interpretan las experiencias que conducen a estados de ánimo depresivos. Beck (1983 como se citó en Butcher, et al., 2007) propuso que son los síntomas cognitivos los que preceden y provocan los síntomas afectivos, y no al contrario como lo manifiestan otros teóricos. Por ejemplo, si un individuo se considera un fracasado o una persona muy fea, no es extraño que esa forma de pensar le produzca un estado de ánimo deprimido.

Son estos pensamientos negativos lo más importante de una depresión, mucho más que, por ejemplo, como se expone en la teoría conductual las bajas tasas de reforzamiento Beck por su parte expone que existen una serie de esquemas depresivos o creencias distorsionadas, que actúan de manera rígida, y contraproducente de lo que la persona muchas veces no es consciente, pensamientos como "si no consigo que todo el mundo me quiera, mi vida no tiene sentido". Beck está convencido de que este tipo de creencias predispone a la persona a que desarrolle depresión en el momento en que perciba algún tipo de rechazo social. Otro factor importante a evaluar dentro de la depresión son las emociones como la tristeza y las demás emociones tiene funciones filogenéticas adaptativas para obtener la atención y cuidado de las demás personas, buscar un medio por el cual se puedan comunicar situaciones de pérdida o separación, también la buscar la forma de conservar energía para hacerle frente a posteriores procesos de adaptación (Whybrow, Akiskal, y McKinney, 1984, como se citó en Piqueras, Martínez, y Ramos, 2008).

La relación entre la respuesta de las emociones negativas y el estrés, junto con esto la experiencia que tiene el individuo sobre el estado de ánimo triste depende de la evaluación cognitiva realizada sobre la situación y los medios y mecanismos de afrontamiento que tiene el sujeto ante la situación, que en la mayoría de los casos es

negativa y dominará predomina cuando el estresor se repite (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983, como se citó en Piqueras, et al., 2008).

La fisiología de la depresión está relacionada a nivel del sistema nervioso central, es una descompensación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina y en ciertos casos de acetilcolina y las endorfinas. La disfunción central de la neurotransmisión, además origina alteraciones neurovegetativas y endocrinas, sobre todo en la secreción de cortisol, hormona tiroidea y hormona de crecimiento. En este sentido, el perfil bioquímico es similar tanto endocrina como inmunológicamente al que se produce en situaciones de estrés. Este consiste en la activación del eje hipotalámico, hipofisario, cortico, suprarrenal, la perturbación de los ritmos circadianos de cortisol, la ausencia de respuesta al test de supresión de la dexametasona y la hiperactividad de la hormona liberadora de la corticotropina (Sandín, 2001).

Enfoque conductual

Concibieron la depresión a partir de la idea que ésta se produce cuando una respuesta deja de producir refuerzo positivo, o cuando aumenta el nivel de refuerzo negativo como cuando de experimentan situaciones estresantes. Esta teoría coincide con los resultados de algunas investigaciones que han muestran que las personas con depresión reciben menos refuerzos verbales positivos de su familia que las personas no deprimidas, y en general menos refuerzos sociales; esta teoría no ha tomado mucha fuerza ya que no se ha podido demostrar que estos factores sean el causante de la depresión pero sí que al presentarse síntomas como el pesimismo y los bajos niveles de energía, estos sean la causa de que la persona deprimida experimenta esas tasas tan bajas de reforzamiento (Butcher, et al., 2007)

Por otra parte, de acuerdo con la teoría conductista, la causa de la depresión también se origina por la pérdida de un ser querido, sin embargo, desde este enfoque, se da una explicación que puede ser sujeta a comprobación, en la que se plantea que al perder a alguien se retira una fuente de reforzamiento significativa para el individuo y en consecuencia, su nivel de actividad decreciente, ya que no cuenta con el reforzamiento al que estaba acostumbrado (Sue, Sue y Sue, 2010).

Por otro lado, existen diferentes factores de riesgo encadenados con la depresión estos comprenden aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Los factores de riesgo se precisan como aquellas variables que aumentan la probabilidad de que personas con características similares desarrollen problemáticas (González, Pineda, y Gaxiola, 2018).

El autor Bebbington (1988, como se citó en Pardo, Sandoval, y Umbarila, 2004) sugiere que la depresión severa (mayor) se incrementa con la edad y la depresión leve (neurótica) tiene su pico al inicio de la edad adulta. Así mismo refiere que la presencia de depresiones severas dependería de una pérdida paulatina de las defensas (mayores en jóvenes) y un mayor compromiso biológico. Sin embargo, sugiere que la edad de inicio de la depresión mayor es de predominio en la adolescencia y que de realizarse una exhaustiva historia clínica ello podría ser corroborado, y llama la atención sobre la importancia de la depresión infantil mostrando como el 4% de estos niños se suicidan antes de los 25 años y un tercio de ellos realizan intentos de suicidio. Han sido descritos un sin número de factores de riesgo para la depresión dentro de los cuales se destacan: Sexo (mayor riesgo en mujeres que en hombres), intentos de suicidio, período de postparto, abuso de sustancias, estrato social, estado marital (separados y divorciados), antecedentes familiares de depresión, experiencias infantiles (muerte parental temprana y ambiente disruptivo), desempleo entre otros.

Para hacer frente a estos factores de riesgo, es primordial conocer los factores protectores, diferentes investigaciones mencionan a la autoeficacia como un predictor y reductor importante de síntomas depresivos (Labrador, 2008). La autoeficacia alude a las creencias y a la percepción de cada persona sobre sus capacidades, en función a como organiza y ejecuta sus actos (Bandura, 1997, 2004). La teoría de autoeficacia de Bandura refiere que aquellas personas con mayor autoeficacia tendrán más probabilidad de empezar y mantenerse en una actividad. Las estimaciones de la autoeficacia posibilitan a la persona no solo realizar sus actividades, sino también crean relaciones sociales saludables. (Feldberg & Stefani, 2007)

Por otra parte, existen algunas variables que podrían estar relacionadas con los síntomas depresivos como son el nivel de estudio, el estado civil, las personas con quien vive (solo/a, con esposo/a, o con familiares). Algunas investigaciones han hallado que las

personas que poseen un nivel de estudio más alto tienen más autoeficacia (Hoogendijk et al., 2014) y menos síntomas depresivos (Yaka et al., 2014).

Con relación a lo todo lo mencionado anteriormente, y con el fin de disminuir los síntomas de depresión se han encontrado diferentes estudios que muestran intervenciones o terapias basadas en evidencia algunas de ellas son:

Activación conductual

La terapia de activación conductual (AC) entiende el origen de la depresión como consecuencia de un evento desencadenante, que produce una disminución de reforzadores importantes. El estado depresivo se mantiene debido a que el sujeto evita entrar en contacto con rutinas, lo cual genera un cambio en su entorno habitual. Por lo tanto, es el contexto y no las condiciones internas del sujeto lo que explica la depresión (Barraca, 2009).

El objetivo de la terapia es lograr un cambio conductual en el sujeto, a través de la realización de actividades, que progresivamente, le permitan retomar su rutina. De esa manera, se reducen las conductas de evitación y simultáneamente, se genera un refuerzo positivo (refuerzo social) frente a las conductas de activación. En la TACD se combina el reforzamiento social y el material. No obstante, en ambas terapias se pretende que sean las mismas actividades las que generen un reforzamiento natural en el sujeto (Barraca, 2009).

Mindfulness

Consiste en ser plenamente consciente en el presente de las experiencias internas y externas, atención plena, sincera de uno mismo permitiendo tener el conocimiento y reacciones emocionales que están interrumpiendo los pensamientos y dar respuestas reflexivas que puedan estar generando el estrés interno, esta técnica de tercera generación de intervención psicoterapéutica interviene como modelo de cambio de conducta o pensamiento, reconocer lo que está sucediendo en ese instante, la aceptación de aquello que no se puede cambiar en la vida. (Parra et al. 2012).

Terapia racional emotiva (TRE) de Albert Ellis

Parte de la idea en que las perturbaciones emocionales no son creadas por las situaciones sino por las percepciones de dichas situaciones, donde con la aplicación de esta se busca conseguir el mayor bienestar posible y evitar el malestar innecesario, pues a partir de las metas básicas como permanecer vivo se derivan otras que se dirigen a conseguir la autorrealización.

Reestructuración cognitiva

Cuando hablamos de reestructuración cognitiva no es solo la sustitución de pensamientos negativos, va más allá, el objetivo es reconocer y examinar las circunstancias que anteriormente o en el pasado del consultante han acompañado los estados emocionales negativos o que generan un problema con el objetivo de analizarlos cuestionarlos y generar alternativas de modificación. Valdez A. (2002).

Es una técnica cognitivo conductual, consiste en que el consultante identifique y realice un cuestionamiento acerca de los pensamientos desadaptativos que tiene, para realizar la sustitución por pensamientos más apropiados con el fin de reducir la perturbación emocional o conductual que causan los pensamientos desadaptativos. Esta técnica entiende los pensamientos como Hipótesis y la función del terapeuta es guiar para entender si dichas Hipótesis son válidas o útiles para el consultante. Bados y García (2010).

Técnicas de Autocontrol

El autocontrol es la capacidad del ser humano para alterar sus propias dinámicas o comportamientos potenciando sus posibilidades de adaptación al poder ir ajustando sus acciones a distintos contextos y situaciones demandantes. (Labrador, 2008).

Bases teóricas Kanfer (1970,1971, como se citó en Labrador, 2008), El autocontrol consiste en elegir una conducta que se quiere disminuir y otra que se desea incrementar, usando estrategias que contribuyan a esto.

Entrenamiento en auto instrucciones

Es una técnica derivada de la teoría cognitiva en la que el consultante se dice a sí mismo las órdenes que debe seguir para la realización de una conducta. El objetivo de su aplicación es lograr un cambio en las verbalizaciones internas (pensamientos), de manera que se incremente la habilidad en el desarrollo de una tarea determinada. Las autoinstrucciones son útiles en el desarrollo del autocontrol, como estrategia de afrontamiento y en la solución de problemas (Labrador, 2008).

Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo

2.1 Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación está enmarcada en la metodología cuantitativa no experimental toda vez que no se realizará la manipulación de variables, con un diseño de tipo transversal descriptivo teniendo en cuenta que se recolectará información en un momento específico, la investigación tendrá un alcance exploratorio.

Como refiere Hernández, Fernández y Baptista (2010) los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo es explorar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual no se tiene mayores datos o no se ha abordado antes, en este mismo sentido, Hurtado (1998, citado por Mousalli, 2015) indica que las investigaciones exploratoria se orienta en, establecer preferencias para posteriores investigaciones, precisar conceptos e identificar sinergias que permitan definir con precisión un fenómeno o evento, reunir información sobre posibles técnicas, prácticas, instrumentos susceptibles a ser utilizados en investigación de mayor profundidad.

2.2 Población o entidades participantes

Para la presente investigación se contó con la participación de tres psicólogos jueces, elegidos por su experticia con posgrados y experiencia en el área de psicología clínica, con edades comprendidas entre los 30 y 45 años de edad de la ciudad de Bogotá.

2.3 Definición de Variables o Categorías

Protocolo de atención: se han encontrado diferentes definiciones, sin embargo, en general se ha hecho referencia a que es un documento que contiene y resume un procedimiento técnico necesarios para la atención de una problemática específica de salud (Román, 2012).

Depresión: La OMS (Organización Mundial de la Salud). (2020). Plantea qué: “Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”.

Mantenedores: Son los factores responsables del mantenimiento de un problema; generalmente la TCC se centra en los factores de mantenimiento ya que los considera el objetivo del tratamiento con el fin de poder cambiarlos por otro lado el análisis funcional se centra en mantener los factores de los comportamientos actuales precisamente porque son estos los que deben cambiar para mejorar la salud mental de un individuo (Hayes y Hofmann, 2018).

2.4 Procedimiento e Instrumentos

Para la elaboración del protocolo, primero se tuvo en cuenta diferentes artículos en los que se hacía referencia acerca entre los términos de guías clínicas y protocolos clínicos, en función a lo anterior y a la revisión que se realizó se pudo observar que estos dos procesos en varios artículos los refieren como sinónimo, como se encontró en el artículo de Romero, et al., (2010) en el que refieren que el uso más frecuente es el de guía clínica, sin embargo, que los términos de protocolo clínico o parámetros de clínica son sinónimos, pues describen un mismo proceso, por otra parte, Román (2012) refirió en su artículo que los protocolos pueden hacer parte de las guías clínicas y que se usan para cuando se quiere estructurar de una manera específica un proceso.

De acuerdo a lo anterior y a la mencionada revisión, se encontró que ya sea que se consideren como sinónimos o como un proceso que hacer parte del otro, el proceso de elaboración que en general se recomienda es el mismo, es por esto que se tuvo en cuenta en general los pasos que se sugieren para la elaboración de guías clínicas o protocolos clínicos.

Ahora, de acuerdo a los pasos sugeridos en varios artículos tales como el de Saturno-Hernandez, (2018), titulado “Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria

Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas” o el del Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. (2016), en el que publican el documento titulado “Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico”, también se tuvo en cuenta el de los autores Mayorga, Velasco, y Ochoa-Carrillo, (2015), quienes publican el artículo denominado “Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones clínicas”, o el de Sanabria, et al., (2015), en su artículo denominado “Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. Atención Primaria”, por mencionar algunos; a fin de reunir y tener en cuenta los pasos para la creación del protocolo basado en la evidencia para la intervención en la depresión, a partir los artículos anteriormente mencionados, se tuvo en cuenta el siguiente procedimiento.

La definición del tema que se desarrollará en el protocolo: para este primer paso, como se refirió en el marco teórico de manera extensa, a fin de dar respuesta a diferentes preguntas orientadoras, el tema definido y elegido es la depresión y se resaltan aspectos importantes tales como, la prevalencia a nivel mundial, en la población colombiana y en las personas residentes de la ciudad de Bogotá – Colombia, otro aspecto que también se tuvo en cuenta, es la necesidad de tener una claridad del proceso de intervención y la eficacia en el mismo en practicantes de psicología, quienes cuenta con 4 meses y medio para la práctica en psicología clínica, también se evaluó reviso y se tuvo en cuenta, los factores de riesgo y mantenedores en esta problemática, como aspecto importantes a la hora de realizar un intervención basado en la evidencia, los factores de riesgo como otro argumento para la elección del tema, teniendo en cuenta los altos índices de ideaciones suicidas y los suicidios consumados a causa del trastornos de depresión o la comorbilidad con este, y los factores mantenedores como una intervención a partir de procesos y no de diagnósticos.

Selección y conformación del grupo de expertos: En este segundo paso, es importante mencionar que se conformó un grupo de expertos en psicología clínica, quienes son psicólogos de profesión, y cuenta con posgrados en esta área, como también cuentan experiencia en el campo aplicado y en la docencia, de esta manera se logró tener

una visión integral desde la necesidad en el campo, en la atención con consultantes, como también en los requerimientos y aspectos a tener en cuenta en la formación de psicólogos en pregrado y las necesidades en el momento de la práctica en psicología clínica.

En este punto es importante mencionar que se realizó una discusión acerca del interés del protocolo, de los mínimos y máximos, de la intervención basada en proceso y de la posible estructura, posterior a esto se llevó a cabo la elaboración de la propuesta de guía y fueron ellos quienes hicieron la validación por juicio de expertos.

Investigación de evidencias: En este tercer punto es importante mencionar que se tuvo en cuenta la metodología desarrollada por el grupo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), en relación a este aspecto, se tuvo en cuenta la evaluación de la calidad de la evidencia y los factores que determinan la calidad de la evidencia al momento de tener en cuenta los artículos que soportan con evidencia científica los factores mantenedores y la intervención de estos, teniendo en cuenta la magnitud del efecto, disponibilidad de evidencia directa, impacto de las variables, la revisión rigurosidad de la causa-efecto de las investigaciones y por otra parte, también se tuvo en cuenta los aspectos que afectan la calidad de la evidencia, como lo son, limitaciones del diseño, inconsistencia con los resultados de otros estudios, disponibilidad de la evidencia indirecta, imprecisión de los estimadores del efecto, sospecha de sesgo en la publicación.

De acuerdo a lo anterior, se realizó una matriz en Excel, en el que se recopiló los artículos relacionados con intervención de la depresión basada en procesos y sus resultados de acuerdo a los parámetros ya descritos, se puntuaron y se seleccionó los mantenedores que se incluirían en el protocolo.

Elaboración de una propuesta de guía: En este cuarto paso, se procedió a realizar una definición de los mantenedores y las posibles técnicas de intervención para estos mantenedores en el caso de una problemática relacionada con la depresión.

Validación de la propuesta de guía elaborada: Para este quinto punto y a fin de evaluar el protocolo que se estaba proponiendo y la forma en la que este se estaba planteando, se realizó la validación por juicio de expertos mediante el modelo de Lawshe (1975), con el que se pretendió evaluar el contenido del protocolo.

Ahora en relación al modelo de Lawshe (1975), se hace necesario resaltar que en este modelo se destaca que la razón de validez de contenido debe ser igual o mayor de 0.58 para ser incluida. Por ello, se determinó el índice de validez de contenido descritos en el mencionado modelo evaluando cada mantenedor propuesto y las técnicas de intervención relacionadas con cada mantenedor, para esto se evaluó el índice uno por uno, teniendo en cuenta las directrices del modelo en el que se establece que para que el contenido sea considerado aceptable es cuando su CVR es igual o mayor a 0.58. Posterior a obtener los valores de CVR, en el que se obtendrá una clasificación de “incluir” o “no incluir” de acuerdo al valor obtenido, se podrá determinar el CVI que se propone en el modelo Lawshe, como el promedio simple de la valoración por cada dimensión, es decir, pertinencia, claridad, relevancia y coherencia y a partir de estos valores se determinará lo que se incluirá o no en protocolo y de acuerdo a los observaciones de los expertos se podrá evaluar la necesidad de incluir otros mantenedores o técnicas de intervención que en la propuesta inicial no se haya tenido en cuenta; al momento de solicitar a los expertos valorar el protocolo se hizo envío de un formato de calificación de cada uno de los componentes (ver anexo 1)

Capítulo 3 - Resultados

De acuerdo al análisis de los resultados se encontró varios aspectos que mencionar. Teniendo en cuenta la enumeración de cada mantenedor y técnica de intervención en la que cada experto debía evaluar 4 categorías, pertinencia, claridad, coherencia y relevancia como se evidencia en la tabla No. 1.

Tabla No. 1 Evaluación de expertos a cada factor de acuerdo a las categorías.

No.	MANTENEDORES	CATEGORÍA E INDICADORES															
		Pertinencia				Claridad				Coherencia				Relevancia			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Evitación-Escape y Evitación experiencial																
2	Déficit en repertorio conductual de habilidades sociales																
3	Inflexibilidad cognitiva																
4	Déficit en repertorio conductual de resolución de problemas y afrontamiento																
No.	INTERVENCIONES DE ACUERDO A CADA MANTENEDOR	CATEGORÍA E INDICADORES															
		Pertinencia				Claridad				Coherencia				Relevancia			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
5	Evitación-Escape y Evitación experiencial																
6	Déficit en habilidades sociales																
7	Distorsiones Cognitivas																
8	Dificultad para resolución de problemas y afrontamiento																
9	Activación Conductual																
10	ACT																
11	Modelamiento																
12	Feedback – ensayo de conducta - reforzamiento																
13	Reestructuración cognitiva – Defusión cognitiva																

Fuente: *Elaboración propia*

Se procedió a identificar el valor CVR de cada categoría de acuerdo a la valoración de los tres expertos obteniendo lo siguiente:

Tabla No 2. Valores de la categoría de pertinencia por cada factor

PERTINENCIA		
Factor	CVR'	DECISIÓN
1	0,66666667	incluir
2		1 incluir
3		1 incluir
4		1 incluir
5	0,66666667	incluir
6		1 incluir
7		1 incluir
8		1 incluir
9		1 incluir
10		1 incluir
11		1 incluir
12	0,66666667	incluir
13	0,66666667	incluir

Fuente: Elaboración propia

En la tabla No. 2 se logra evidenciar como cada factor (mantenedores y técnicas de intervención) logra obtener un valor de CVR superior a 0,58, indicando la viabilidad de incluir dicho factor en el protocolo de acuerdo a la valoración de los expertos mediante el modelo Lawshe, esto debido a que los factores 1, 5, 12 y 13, obtuvieron un CVR de 0.66 y el restante de los factores obtuvieron CVR de 1.

Tabla No 3. Valores de la categoría de relevancia por cada factor

RELEVANCIA		
Factor	CVR'	DECISIÓN
1	0,33333333	no Incluir
2		1 incluir
3		1 incluir
4		1 incluir
5		1 incluir
6		1 incluir
7		1 incluir
8	0,66666667	incluir
9		1 incluir
10		1 incluir
11		1 incluir
12		1 incluir
13		1 incluir

Fuente: Elaboración propia

En la tabla No. 3 se logra evidenciar como el factor 1 puntuó CVR por debajo de 0.58, indicando desde la categoría de relevancia, una decisión sugerida de no incluir, el factor 8 puntuó un CVR de 0.66 y los demás factores puntuaron 1, siendo todos estos viables de incluir de acuerdo a los valores obtenidos en el CVR.

Ahora, en relación al factor 1 que en esta categoría punto un CVR debajo de lo recomendado, siendo la sugerencia de no incluir, se hace importante mencionar que, a partir de los datos obtenidos de este factor en las otras categorías, se decidió dejar el factor, realizando ajustes sugeridos por los expertos, ya que en las otras categorías se tuvo valores adecuados en el CVR

Tabla No 4. Valores de la categoría de claridad por cada factor

CLARIDAD		
Factor	CVR'	DECISIÓN
1	0,66666667	incluir
2		1 incluir
3		1 incluir
4	0,66666667	incluir
5	0,66666667	incluir
6		1 incluir
7		1 incluir
8	0,66666667	incluir
9		1 incluir
10	0,66666667	incluir
11		1 incluir
12		1 incluir
13	0,66666667	incluir

Fuente: Elaboración propia

En la tabla No. 4 se logra evidenciar que en la categoría de claridad los 13 factores son viables de incluir de acuerdo a los valores de CVR obtenidos, pues los factores 1, 4, 5, 8, 10, 13 puntuaron 0.66 y los factores 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 puntuaron valores de 1, todos estos valores de CVR superiores a 0.58 que de acuerdo al modelo es el mínimo para incluir.

Tabla No 5. Valores de la categoría de coherencia por cada factor

COHERENCIA		
Factor	CVR'	DECISIÓN
1	0,66666667	incluir
2		1 incluir
3		1 incluir
4		1 incluir
5		1 incluir
6		1 incluir
7		1 incluir
8	0,66666667	incluir
9	0,66666667	incluir
10		1 incluir
11	0,66666667	incluir
12	0,66666667	incluir
13	0,66666667	incluir

Fuente: Elaboración propia

En la tabla No. 5 se logra observar que de acuerdo a la valoración de los expertos todos los factores se incluyen, pues todos puntuaron un CVR superior a 0.58, esto evidenciado en el factor 1, 8, 9, 11, 12, 13 puntuaron 0.66 y todos los otros factores puntuaron 1.

Tabla No 6. Valores de la categoría de coherencia por cada factor

Categoría	CVI global
Pertinencia	0,897436
Relevancia	0,923077
Claridad	0,846154
Coherencia	0,846154

Fuente: Elaboración propia

En la tabla No, 6 se logra observar el valor CVI global de cada categoría de acuerdo a los valores de CVR en función a la valoración de los expertos, encontrando valores globales superiores a lo que el modelo de Lawshe refiere como valor mínimo para incluir, y esto es 0.58 encontrando que de manera global los factores en cada categoría cuentan con un CVI que permite la inclusión de estos factores al protocolo.

Capítulo 4 - Discusión

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos y las sugerencias de todos los artículos revisados en relación a los aspectos a tener en cuenta al momento de construir una guía clínica, se hace necesario mencionar varios aspectos.

De acuerdo a los datos obtenidos, se logra evidenciar mediante los valores de CVR y CVI obtenidos para cada factor en cada una de las categorías evaluadas (pertinencia, claridad, coherencia y relevancia) en función a la valoración de los expertos, es viable la inclusión de los aspectos que inicialmente se propusieron.

Tanto en la categoría de pertinencia, claridad y coherencia, todos los factores puntuaron superior a 0.58, pues se obtuvieron valores de 0.66 a 1, teniendo datos favorables para lo que se pretendía en relación a validar mediante expertos la propuesta en el protocolo de intervención basado en la evidencia para la depresión. Ahora, en la categoría de relevancia, el único factor que punto por debajo del valor aceptable fue el factor 1, en relación a este CVR obtenido, se hace importante mencionar, que se optó por incluir este valor, debido a que en las otras categorías este factor puntuó adecuadamente y que en a dicho factor se le realizará los ajustes que de acuerdo a los comentarios de los expertos se sugieren.

Los expertos sugirieron cambios en relación a las denominaciones y a la inclusión de otros mantenedores y técnicas de intervención; de acuerdo a esto, en la propuesta inicial se había planteado un mantenedor titulado distorsiones cognitivas, los expertos coincidieron en que es mejor hacer uso de categorías más amplia que incluyan problemáticas similares desde diferentes postulados y en la evidencia, para este se sugirió una denominación como inflexibilidad cognitivo, en que se pueda incluir distorsiones cognitivas, rumia, fusión cognitiva, mantenedores que desde técnicas de intervención de segunda generación y de tercera, se abordan mediante métodos distintos.

Los resultados de esta investigación reconocen varios aspectos expuestos por otros autores, el primero de ellos está relacionado con la discusión de unificar los procesos en

psicología y que esto implique el reduccionismo en cuanto enfoques y técnicas de intervención (Becoña, 2004), sin embargo, también se ha incluido y tenido en cuenta de manera importante los diferentes argumentos relacionados con la necesidad tener tratamientos psicológicos eficaces que permitan modificar los factores que causan malestar en el consultante y realizar entrenamientos en habilidades que le permitan hacer frente a las problemáticas cotidianas que pueden presentarse (Labrador, et al., 2003).

Por otra parte, también se tuvo en cuenta en la presente investigación las diferentes posturas que están en desacuerdo con tratamientos específicos para trastornos específicos, esto teniendo en cuenta las diferentes discusiones que a lo largo del tiempo se ha tenido en función al rotulo diagnóstico, a la etiqueta en la salud mental, por ello y otros argumentos teóricos, se procedió realizar un protocolo de intervención basado en procesos, es decir intervenir lo que está manteniendo la problemática y de esta manera disminuir la problemática que está causando malestar en el consultante (Hayes y Hofmann, 2015; Garfield, 1996).

También se hace necesario resaltar que si bien en la presente investigación se tuvo en cuenta los pasos descritos en procedimiento para la elaboración de un protocolo clínico, no se desconocen otros pasos o sugerencias que se realizan posterior a la etapa en la que se llegó en la presente investigación; esto es, la completitud de la guía luego de la valoración de los expertos o grupo de trabajo, conformación de una propuesta final, publicación y aplicación de la guía o protocolo, y seguirá luego de ello, las evaluaciones y revisiones constantes, que se sugieren de acuerdo a los cambios o actualizaciones que puedan existir en procesos, como también en la adaptación constante a la población específica en la que se está realizando la aplicación del protocolo (Romero, et al., 2010; Román, 2012).

Capítulo 5 - Conclusiones

De esta investigación se logra concluir que se realizó una primera aproximación de un trabajo extenso, pero muy significativo, en el que este inicio, permitirá continuar ajustando, argumentando, evaluando y actualizando, de acuerdo a la evidencia y la población, ahora, desde esta primera aproximación se puede concluir, que se realizó un proceso juicioso y riguroso, específico y directivo, sin embargo, flexible a diferentes alternativas de intervención que tienen evidencia científica significativa para la intervención de mantenedores de la problemática elegida en cuanto a su eficacia, y el hecho de que existan diferentes opciones, permite que el protocolo no sea un documento reduccionista o que presente sesgos en relación a una únicas formas de intervención, sino por el contrario orienta y brinda opciones.

Este producto permitirá que los practicantes en psicología clínica, puedan tener una orientación que permita favorecer el proceso de aprendizaje y a su vez, que la atención que se presta con el acompañamiento de los practicantes se de calidad y que permita favorecer los procesos y necesidades de cada uno de los consultantes.

También se logra concluir que la primera aproximación y propuesta, tuvo unos datos favorables de acuerdo a la valoración de los expertos, permitiendo esto, tener un sólido planteamiento inicial en términos teóricos y psicométricos, que permita continuar fortaleciendo la propuesta, teniendo en cuenta la evidencia científica, que está en constante actualización.

Anexos

Anexo 1

FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES

Respetado experto agradecemos contar con su conocimiento y experiencia para evaluar el protocolo de intervención basado en la evidencia para la depresión construido Cordero, este con el objetivo de mejorar los estándares calidad al momento de la intervención y fortalecer el proceso de aprendizaje del practicante en psicología clínica; la evaluación de los instrumentos es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente, aportando tanto el área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL EVALUADOR:	
FORMACIÓN ACADÉMICA:	
AREAS DE EXPERENCIA PROFESIONAL:	
CARGO ACTUAL:	

DEFINICIÓN Y OBJETIVO

Protocolo: el presente protocolo no pretende no pretende generar sesgos en el contexto clínico, por el contrario, pretende guiar al practicante en psicología, que luego de un juicioso análisis funcional de cada caso, identifique los posibles mantenedores de la problemática y a partir de esto, pueda elegir un plan de intervención acorde al proceso y cada consultante.

Objetivo: Realizar el proceso de la validez por expertos del protocolo de intervención basado en la intervención para la depresión.

VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO

Para el ejercicio de validación, se plantean los criterios que serán descritos a continuación, estos criterios aplicarán para cada una de las dimensiones de la formulación, entendiéndose como dimensión a cada uno de los apartados que se plantean para el proceso de evaluación e intervención y así mismo, los componentes y contenido en cada dimensión.

Categoría	Calificación	Indicador
<p>Pertinencia: Evalúa lo oportuno y adecuado que resulta ser el mantenedor y las técnicas de intervención en relación a la depresión</p>	(1)No cumple con el criterio	La dimensión y su contenido no es pertinente
	(2)Bajo nivel	A la dimensión y su contenido le falta pertinencia
	(3)Moderado Nivel	La dimensión y su contenido responden al objetivo de la formulación, sin embargo, se puede modificar para ser más pertinente.
	(4)Alto nivel	La dimensión y su contenido son pertinentes
<p>Claridad El mantenedor y las técnicas intervención se comprende fácilmente, es decir, es clara la información que se relaciona para una intervención basada en procesos para la depresión</p>	(1)No cumple con el criterio	La dimensión y su contenido no son claros
	(2)Bajo nivel	La dimensión y su contenido requieren modificaciones significativas que permitan su comprensión
	(3)Moderado Nivel	La dimensión y su contenido requiere una modificación muy específica.
	(4)Alto nivel	La dimensión y su contenido son claros
<p>Coherencia El mantenedor y las técnicas intervención tiene lógica con la teoría y la evidencia para una intervención basada en procesos para la depresión</p>	(1)No cumple con el criterio	La dimensión y su contenido no son coherentes
	(2)Bajo nivel	La dimensión y su contenido tienen una relación mínima con el objetivo de la formulación educativa
	(3)Moderado Nivel	La dimensión y su contenido tienen una relación moderada con el objetivo de la formulación educativa
	(4)Alto nivel	La dimensión y su contenido son coherentes
<p>Relevancia El mantenedor y las técnicas intervención es esencial e</p>	(1)No cumple con el criterio	La dimensión y su contenido pueden ser eliminados y esto no afecta el proceso de formulación
	(2)Bajo nivel	La dimensión y su contenido tienen

<p>importante, es decir la información consignada debe ser incluida para una intervención basada en procesos para la depresión</p>		<p>alguna relevancia, pero otra dimensión puede incluir la información de este.</p>
	(3) Moderado Nivel	<p>La dimensión y su contenido son relevantes, pero deben ser ajustados</p>
	(4) Alto nivel	<p>La dimensión y su contenido son muy relevante y deben ser incluidos.</p>

ANEXO 1

En este formato le solicitamos pueda asignar la puntuación de cada uno de los aspectos del protocolo, de acuerdo con el documento guía, recuerde que para la calificación debe tener en cuenta el contenido de cada una de las categorías.

De acuerdo con anterior y con los indicadores mencionados al inicio de este documento, califique con una (X) cada una de las dimensiones según corresponda, es muy importante para este ejercicio sus observaciones, para ello al final de cada dimensión y al final de la evaluación, podrá realizar el comentario que considere importante.

MANTENEDORES	CATEGORÍA E INDICADORES																Observaciones de cada dimensión
	Pertinencia				Claridad				Coherencia				Relevancia				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Evitación-Escape y Evitación experiencial																	
Déficit en repertorio conductual de habilidades sociales																	
Inflexibilidad cognitiva																	
Déficit en repertorio conductual de resolución de problemas y afrontamiento																	

INTERVENCIONES DE ACUERDO A CADA MANTENEDOR	CATEGORÍA E INDICADORES																Observaciones de cada dimensión
	Pertinencia				Claridad				Coherencia				Relevancia				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Evitación-Escape y Evitación experiencial																	

Déficit en habilidades sociales																	
Distorsiones Cognitivas																	
Dificultad para resolución de problemas y afrontamiento																	
Activación Conductual																	
ACT																	
Modelamiento																	
Feedback – ensayo de conducta - reforzamiento																	
Reestructuración cognitiva – Defusión cognitiva																	

Observaciones generales:

Referencias

- Akechi, T., Sugishita, K., Chino, B., Itoh, K., Ikeda, Y., Shimodera, S., Furukawa, T. A. (2020). Whose depression deteriorates during acute phase antidepressant treatment? *Journal of Affective Disorders*, 260, 342–348. doi:10.1016/j.jad.2019.09.052
- Álvarez, J.P., (2012). *Jean-Étienne dominique esquirol, aliéniste*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 644–645. doi:10.1016/s0716-8640(12)70362-0
- American Psychiatric Association [APA] (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1a. ed)
- American Psychiatric Association [APA] (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed).
- American Psychiatric Association [APA] (1997). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Babson, K. A. (2015). The Interrelations Between Sleep and Fear/Anxiety. *Sleep and Affect*, 143–162. doi:10.1016/b978-0-12-417188-6.00007-4
- Bajracharya, P., Summers, L., Amatya, A. K., & DeBlieck, C. (2016). Implementation of a Depression Screening Protocol and Tools to Improve Screening for Depression in Patients With Diabetes in the Primary Care Setting. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(10), 690–696. doi:10.1016/j.nurpra.2016.08.009
- Barraca, J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde la activación conductual. *Revista de Psicología y Educación*. 8(1), 23-50
- Barreira, I. (2015). El Dsm, Del Nomenclador A La Guía De Tratamiento: Un Comentario Crítico A La Nosografía Americana. *Psicogente*, 18(33), 117-128. <https://dx.doi.org/10.17081/psico.18.33.60>
- Barrio, V., (2009). Raíces y Evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*. 30 (2-3), 81-90.

Bate, L., Hutchinson, A., Underhill, J., & Maskrey, N. (2012). How clinical decisions are made. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 74(4), 614–620. doi:10.1111/j.1365-2125.2012.04366.x

Becoña, E., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., Lage, M., Gutiérrez M., Baamonde, Gl., Lorenzo, C., Suárez, S., González, N., Vázquez, J., y Míguez, M.C., (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(87),9-19. [fecha de Consulta 23 de diciembre de 2020]. ISSN: 0214-7823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77808702>

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2009). Manual de psicopatología. Volumen II. Madrid: McGraw-Hill interamericana de España, S.A.U.

Bogaert, H. (2012). La Depresión: Etiología Y Tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, XXXVII(2),183-197. ISSN: 0378-7680. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=870/87024179002>

Boldrini, M., & Mann, J. J. (2015). Depression and Suicide. *Neurobiology of Brain Disorders*, 709–729. doi:10.1016/b978-0-12-398270-4.00043-4

Botros, M., Hodgins, G., & Nemeroff, C. B. (2019). The Long-Lasting Neurobiological Scars of Early-Life Stress: Implications for the Neurobiology of Depression. *Neurobiology of Depression*, 111–121. doi:10.1016/b978-0-12-813333-0.00011-1

Burton, K. L. O., Williams, L. M., Richard Clark, C., Harris, A., Schofield, P. R., & Gatt, J. M. (2015). Sex differences in the shared genetics of dimensions of self-reported depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 188, 35–42. doi:10.1016/j.jad.2015.08.053

Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. Madrid (España). Pearson Educación, S.A.

Caycedo Espinel, C., Ballesteros de Valderrama, B., & Novoa Gómez, M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 7(1), 231-250. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100017&lng=pt&tlng=es.

- Chantry, C. J., & Howard, C. R. (2013). Clinical Protocols for Management of Breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 75–113. doi:10.1016/j.pcl.2012.10.005
- Chávez, K., y Tena, E., (2018). Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales. Ed. Manual Moderno, S.A., ISBN: 978-607-448-711-4
- Cooper, M. J. (2011). Working With Imagery to Modify Core Beliefs in People With Eating Disorders: A Clinical Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 454–465. doi:10.1016/j.cbpra.2010.08.003
- Dean, J., & Keshavan, M. (2017). The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian Journal of Psychiatry*, 27, 101–111. doi:10.1016/j.ajp.2017.01.025
- Diéguez-Vide, F., Böhm, P., Gold, D. A., Roch-Lecours, A., & Peña-Casanova, J. (1999). Acquired dyslexias and dysgraphias (II). *Journal of Neurolinguistics*, 12(2), 115–146. doi:10.1016/s0911-6044(99)00006-8
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XIX(3), 247-256. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798006>
- Ehrenberg, A. (2000). La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad. Buenos Aires: Nueva Visión
- Feldberg, C., & Stefani, D. (2007). Autoeficacia y rendimiento en memoria episódica verbal, y su influencia en la participación social de las personas de edad. *Anales de Psicología*, 23(2), 282-288.
- Garfield, S.L. (1996). Some problems associated with “validated” forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229
- Gilchrist, E. E. A., & Sadler, D. W. (2019). The Role of Depression in Unnatural Death: A Case-Based Retrospective Study. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2019.08.013
- González-Forteza, C., Hermosillo de la Torre, A., Vacio-Muro, M.A., Peralta, R., y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.05.006>

- González, S., Pineda, A., y Gaxiola, J. C. (2018). *Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector*. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1–11. doi:10.11144/javeriana.upsy17-3.dafr
- Hayes, S. C., y Hofmann, S. G. (2018) (Eds.). *Process-based CBT. The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland: Context Press.
- Hernández R., Fernández C. y Baptista P (2010). *Metodología de la investigación*. (Quinta Edición). México: McGraw-Hill
- Hoogendijk, E. O., van Hout, H. P.J., Heymans, M. W.; van der Horst, H. E., Frijters, D. H. M., Broese van Groenou, M. I., Huisman, M. (2014). Explaining the association between educational level and frailty in older adults: results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. *Annals of Epidemiology*, 24(7), 538-544.e2. Op. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.05.002
- Hogue, A., Bobek, M., & Evans, S. W. (2016). Changing Academic Support in the Home for Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Family-Based Clinical Protocol for Improving School Performance. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(1), 14–30. doi:10.1016/j.cbpra.2014.07.002
- Katsikis, D. (2014). Evidence-based research: the importance for the present and future of evidence-based practice. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 14(2), 259-270.
- Kim, H.-T., Hwang, E.-H., Heo, I., Cho, J.-H., Kim, K.-W., Ha, I.-H., Shin, B.-C. (2018). Clinical practice guidelines for the use of traditional Korean medicine in the treatment of patients with traffic-related injuries: An evidence-based approach. *European Journal of Integrative Medicine*, 18, 34–41. doi:10.1016/j.eujim.2018.01.003
- Kiriakova, V., Cooray, S. D., Yeganeh, L., Somarajah, G., Milat, F., & Vincent, A. J. (2019). Management of bone health in women with premature ovarian insufficiency: Systematic appraisal of clinical practice guidelines and algorithm development. *Maturitas*. doi:10.1016/j.maturitas.2019.07.021
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). MODELOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1),119-145. ISSN: 1666-244X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3396/339630257005>

Labrador, F. (2008). Técnicas de control de la activación, Técnicas de modificación de conducta (pp. 199-222). España: Ediciones Pirámide.

Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *INFOCOP*, 17, 25-30

Lawrence, P., Waite, P., & Creswell, C., (2019). Chapter 6 Environmental Factors in the Development and Maintenance of Anxiety Disorders. *Handbook Pediatric Anxiety Disorders*. 101-124. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813004-9.00006-2>

Lucio, R., Rapp-Paglicci, L., & Rowe, W. (2011). Developing an additive risk model for predicting academic index: School factors and academic achievement. *Journal of Child Adolescence and Social Work*, 28(2), 153-173. <https://doi.org/10.1007/s10560-010-0222-9>

Luque, R., y Berrios, G. (2011). History of Affective Disorders. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(Suppl. 1), 120-146. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502011000500010&lng=en&tlng=en.

Madadian, M. A., Benning, A., Fan, K., Pandis, N., & Seehra, J. (2019). Quality assessment of clinical practice guidelines used in oral and maxillofacial surgery. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. doi:10.1016/j.ijom.2019.08.003

Maron, E., Hettema, J. M., & Shlik, J. (2008). Chapter 5.6 The genetics of human anxiety disorders. *Handbook of Behavioral Neuroscience*, 475–510. doi:10.1016/s1569-7339(07)00022-7

Martínez-Taboas, A., (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*. 33(2), 63-78.

Mayorga, J. L., Velasco, L., & Ochoa-Carrillo, F. J. (2015). Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones clínicas. Documento de la serie MBE, 3 de 3. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(6), 329–334.

Mayorga Butrón, J. L., Velasco Hidalgo, L., & Ochoa-Carrillo, F. J. (2015). Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento

científico y la toma de decisiones clínicas. Documento de la serie MBE, 3 de 3. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(6), 329–334. doi:10.1016/j.gamo.2015.12.005

McGregor, N. W., Dimatelis, J. J., Van Zyl, P. J., Hemmings, S. M. J., Kinnear, C., Russell, V. A., Lochner, C. (2018). A translational approach to the genetics of anxiety disorders. *Behavioural Brain Research*, 341, 91–97. doi:10.1016/j.bbr.2017.12.030

Ministerio de Salud, (2017). Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Ministerio de Salud, (2017). Guía Metodológica Para El Observatorio Nacional De Salud Mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

Mousalli - Kayat, G (2015). Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa. Mérida. Recuperado de : https://www.researchgate.net/profile/Gloria_Mousalli/publication/303895876_Metodos_y_Disenos_de_Investigacion_Cuantitativa/links/575b200a08ae414b8e4677f3.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). Depresión. Centro de prensa. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Pardo, G., Sandoval, A., y Umbarila, D., (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, (13),17-32. ISSN: 0121-5469. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=804/80401303>

Parra, M., Montañés, J., Montañés, M., & Bartolomé, R. (2012). Conociendo mindfulness. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 29-46

Piqueras, J., Martínez, E., & Ramos , V. (2008). Ansiedad, Depresión Y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 183-197. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>

Prina, A. M., Stubbs, B., Veronese, N., Guerra, M., Kralj, C., Llibre Rodriguez, J. J., Wu, Y.-T. (2019). Depression and incidence of frailty in older people from six Latin American countries. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. doi:10.1016/j.jagp.2019.04.008

Qi, J., Yang, X., Tan, R., Wu, X., & Zhou, X. (2019). Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Depression among Adolescents over 1 Year after the Jiuzhaigou Earthquake. *Journal of Affective Disorders*. doi:10.1016/j.jad.2019.09.071

Quant-Quintero, D. M. & Trujillo-Lemus, S. (2014). Psicología clínica basada en la evidencia y su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4767/476747238005>

Relf, M. V., Eisbach, S., Okine, K. N., & Ward, T. (2013). Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Managing Depression in Persons Living With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(1), S15–S28. doi:10.1016/j.jana.2012.05.007

Rojas E., (2006). *Adiós, depresión: en busca de la felicidad razonable*. Madrid. ISBN 84-8460-518-3

Román A. Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. *Medwave* 2012 Jul;12(6):e5436 doi:10.5867/medwave.2012.06.5436

Romero, L. M., Olaiya, O., Hallum-Montes, R., Varanasi, B., Mueller, T., House, L. D., Middleton, D. (2017). Efforts to Increase Implementation of Evidence-Based Clinical Practices to Improve Adolescent-Friendly Reproductive Health Services. *Journal of Adolescent Health*, 60(3), S30–S37. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.07.017

Romero, M., Soria, V., Ruiz, P., Rodríguez, E., & Aguayo, J. L. (2010). Guías y vías clínicas, ¿existe realmente diferencia? *Cirugía Española*, 88(2), 81–84. doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.021

Rosen, T., Connors, S., Halpern, A., Stern, M. E., Clark, S., Scherban, B. A., Flomenbaum, N. E. (2013). Improving Emergency Department Identification and Management of Agitated Delirium in Older Adults: Implementation and Impact Assessment of a Comprehensive Clinical Protocol Using an A-B-C-D-E-F Mnemonic. *Annals of Emergency Medicine*, 62(4), S53–S54. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.07.42

Sanabria, A. J., Rigau, D., Rotaèche, R., Selva, A., Marzo-Castillejo, M., & Alonso-Coello, P. (2015). Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Atención Primaria*, 47(1), 48–55. doi:10.1016/j.aprim.2013.12.013

Sandín, B. (2001). Estrés y hormonas. En B. Sandín (ed.), *Estrés, hormonas y psicopatología*. 89-114. Madrid: Klinik.

Saturno-Hernandez, P. (2018). *Cómo lograr la excelencia en la atención sanitaria Construcción, implementación y evaluación de Vías Clínicas*. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/326957985_Como_lograr_la_excelencia_en_la_atencion_sanitaria_Construccion_implementacion_y_evaluacion_de_Vias_Clinicas

Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51–71. doi:10.1016/j.psc.2011.12.001

Sue, D, Sue, D y Sue, S. (2010). *Psicopatología: comprendiendo la conducta anormal*. México: Cengage Learning Editores

Tyson, G., y Range, L. (2003). La depresión: Comparación entre la Gestalt y otros puntos de vista. *The Gestalt Journal*, 4(1), 1-6. <http://elenfoquegestaltico.com.ar/ladepresion.pdf>

Toledo, A. (2004). Reseña de "Anatomía de la melancolía" de R. Burton. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92),189-190. ISSN: 0211-5735. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2650/265019658011>

Valadez A. (2002) Aplicación de técnicas cognitivo conductuales en un caso de problemas familiares: reestructuración cognitiva, asertividad y manejo de contingencias. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 5(2).

World Health Organization: WHO. (2020, enero 30). Depresión. Recuperado 10 de mayo de 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Yaka, E., Keskinoglu, P., Ucku, R., Yener, G. G., & Tunca, Z. (2014). Prevalence and risk factors of depression among community dwelling elderly. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 59(1), 150-154. doi: 10.1016/j. archger.2014.03.014