

Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla **Cognitive-behavioral intervention in case of depressive disorder due to trauma of multiple knee structures**

Hernández-Brussolo, Ricardo¹; Romero Reyes, Daniela²; Alcázar Zapata, Diana Lizeth³; Vogel García, Nubia Krystal⁴ y Reyes Hernández, Diego Armando⁵
Universidad Autónoma de Tamaulipas

Resumen

La intervención psicoterapéutica, con enfoque cognitivo conductual, es efectiva y eficiente para tratar el Trastorno de Depresión debido a traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla. El presente trabajo expone la intervención con un paciente hombre de 33 años de edad, originario de Tamaulipas, México, que sufrió un accidente laboral cuando manejaba una motocicleta y fue atropellado por otro vehículo, dejándole como secuela una discapacidad permanente, y a partir de entonces, depresión. La metodología usada fue el diseño de estudio de caso único, ya que reporta la intervención clínica para una problemática específica. La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones de 50 minutos, con el objetivo de disminuir emociones como ira y tristeza a diario, problemas de sueño, y fatiga. Los resultados de las evaluaciones pre y post terapia muestran la disminución de la sintomatología depresiva, por lo que se concluye la eficacia del enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento del trastorno, en concordancia con otros estudios.

Palabras clave: *Depresión, psicología, clínica, cognitivo-conductual, afección.*

Abstract

Psychotherapeutic intervention, with a cognitive behavioral approach, is effective and efficient to treat Depression Disorder due to trauma to multiple knee structures. The present work describes an intervention with a 33-year-old male patient from Tamaulipas, Mexico, who suffered a work accident while driving a motorcycle and was hit by another vehicle, leaving him as a sequel a permanent disability, and from then on, depression. Methodology used was the design of a single case study, since it reports the clinical intervention for a specific problem. The intervention was carried out in 10 50-minute sessions, with the aim of reducing emotions such as anger and sadness on a daily basis, sleep problems, and fatigue. Results of the pre- and post-therapy evaluations show a decrease in depressive symptomatology, which concludes the effectiveness of the cognitive-behavioral approach in the treatment of the disorder, in agreement with other studies.

Keywords: *Depression, psychology, clinical, cognitive-behavioral, condition.*

¹ Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Pasante de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, inscrita en el PNPC del CONACYT. Correo electrónico: ricardo.brussolo@hotmail.com

² Maestra en Psicología Clínica y de la Salud. Catedrática de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Correo electrónico: dromero@docentes.uat.edu.mx

³ Licenciada en Psicología, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Pasante de la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, inscrita en el PNPC del CONACYT. Correo electrónico: psic_alcazar@outlook.com

⁴ Licenciada en Psicología, Universidad Valle de México. Directora del Centro Integral de Salud Mental (CISAME-Victoria) de la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Correo electrónico: nubia.vogel@hotmail.com

⁵ Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma de Tamaulipas. Psicólogo Clínico en la Secretaría de Salud de Tamaulipas. Correo electrónico: diegoarh88@gmail.com

Introducción

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer, culpa, baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y poca concentración. Es consecuencia de interacciones complejas entre factores biológicos, sociales, y psicológicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017a). La depresión es una de las principales causas de discapacidad en el mundo, ya que se estima que afecta a 300 millones de personas, con prevalencias que van del 3.3 por ciento, al 21.4 por ciento (OMS, 2017a).

El Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz, (Berenzon, Lara, Robles, y Medina-Mora, 2013), revela que el 6.4 por ciento de la población de México padece depresión, que es la primera enfermedad mental causante de discapacidad, seguida de consumo de alcohol y esquizofrenia. La depresión incrementa el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas (Heinze y Camacho, 2010). Se trata de una enfermedad que repercute de forma significativa en la calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano de la población (Berenzon et al., 2013).

El Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1995) refiere el Episodio Depresivo, que ocurre cuando hay decaimiento del paciente, en su energía, productividad, concentración y apetito, pero si hay repetición de los episodios, se convierte en Trastorno Depresivo Recurrente, que se clasifica en episodio leve, moderado, grave con o sin síntomas psicóticos, y actualmente en remisión (OPS, 1995).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2013) establece que los trastornos depresivos son: trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, depresión mayor, distimia, disfórico premenstrual, depresión inducida por una sustancia, depresión no especificada, y depresión debido a otra afección médica. Todos ellos se caracterizan por un estado de ánimo triste, vacío o irritable, y se acompañan de cambios somáticos y cognitivos que afectan la funcionalidad del individuo.

El DSM-5 (APA, 2013) detalla que el Trastorno depresivo mayor debido a otra afección médica, se diagnostica cuando la depresión está relacionada con los efectos

fisiológicos de otra afección médica. Establece como criterios diagnósticos un estado de ánimo deprimido o irritable, que existan pruebas clínicas que el trastorno es consecuencia fisiopatológica de otra afección médica, que no se explica mejor por otro trastorno mental, y que no se produce durante el curso de un delirium. En este trastorno el paciente presenta deterioro en lo social, laboral y otras áreas del funcionamiento.

Enfermedad y trauma

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (2014) señala que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, que no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades. Lo opuesto a la salud, es la enfermedad, que es la alteración estructural y dinámica de alguna parte del cuerpo, orgánica, celular o bioquímica. Supone una alteración del cuerpo o en el cuerpo (Núñez-Cortés y Llano, 2012).

Para clasificar las enfermedades, la Organización Mundial de la Salud adoptó en 1967 el Reglamento de Nomenclaturas que estipula el uso de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con Salud (CIE), el cual permite registrar de forma sistemática datos de mortalidad y morbilidad de diferentes países. El documento que ha evolucionado y se encuentran en su décima edición, que diagnostica las enfermedades en cinco grupos: de origen epidémico, constitucional, localizadas por sitio, del desarrollo, o traumatismos (OMS, 2017b). El CIE-10 (OPS, 1995), expone en su capítulo XIX, llamado Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, la codificación de distintos traumatismos, en relación con regiones del cuerpo donde se presentan.

La palabra traumatología proviene de dos raíces griegas: trauma, que significa herida, y logos-tratado. La traumatología se ocupa de las lesiones del esqueleto, e incluye fracturas, luxaciones, y lesiones del aparato locomotor (Silverman y Varaona, 2010).

En el mundo, cada año mueren 1,25 millones de personas a consecuencia de los accidentes de tránsito, y entre 20 millones y 50 millones sufren traumatismos no mortales, que ocasionan discapacidad. Los pacientes con lesiones de traumatología

presentan además pérdidas económicas, y disminución de la productividad (OMS, 2015).

Tratamiento cognitivo-conductual para paciente con trastorno de depresión debido a afección médica

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), en psicología clínica, se fundamenta en procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001, citado en Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Esta terapia trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas. La TCC busca que el individuo asuma responsabilidad en esas respuestas, y ejerza control sobre ellas (Ruiz et al., 2012). Ha demostrado ser igual de eficaz que los tratamientos farmacológicos y con una mayor efectividad a largo plazo en el tratamiento de trastornos afectivos (Butler, Chapman, Forman y Beck, 2006; Hollon, Stewart y Strunk, 2006; Spielmans, 2011 citado en Ortega, Kendzierski y Rubio, 2015).

En México, la Secretaría de Salud (2011) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Heinze y Camacho 2010) han respaldado la TCC para tratar la depresión, debido a que es considerada una terapia eficaz y efectiva.

El objetivo de esta intervención fue disminuir los síntomas de depresión debido al Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla del paciente por medio de la terapia cognitivo-conductual.

¿Puede la terapia Cognitivo-conductual reducir la sintomatología de depresión debido al traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla del paciente?

La Terapia Cognitivo Conductual es un tratamiento efectivo para la depresión, ya que es estructurada, con tiempo limitado, en la que se identifican tipos y efectos del pensamiento, creencias y síntomas.

Identificación del paciente y motivo de consulta

El paciente J.A. es un hombre de 33 años, que nació en Ciudad Victoria, Tamaulipas. Su padre falleció de causas naturales en 2015, a la edad de 50 años, sobrevive su madre de 48 años, quien es ama de casa. Tiene dos hermanos; la mayor

es una mujer y el menor un hombre. El paciente acude a consulta por iniciativa propia, expone que se sintió motivado debido a que se ha percibido violento con su hijo y su ex esposa.

Relata que tiene problemas con su ex pareja, con quien se siente enojado por no hacerse cargo del hijo de ambos, que a su vez, recibe terapia por sentirse triste debido al rechazo de la madre. Reseña que tuvo una relación de dos años de noviazgo, y siete de matrimonio, pero en junio de 2016 se divorció.

Cuenta que trabajaba como repartidor en el área de cobranzas de una mueblería, pero a principios de abril del 2016, cuando hacía una entrega en motocicleta, fue arrollado por un vehículo, dejándole como secuela daño permanente en la rodilla izquierda. El diagnóstico médico es: traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla, por lo que es intervenido quirúrgicamente, sin embargo, queda con discapacidad permanente.

A raíz del accidente, dejó de ser el proveedor en la familia, comenzó a sentir alejamiento de su entonces esposa. Siente ira, e inicia violencia física y emocional hacia ella, a quien reclama por la falta de apoyo.

El paciente expone que desde el accidente se ha sentido inútil, debido a que no podía mantener económicamente a su entonces esposa e hijo, se empezó a sentir desesperado, ansioso, con problemas para conciliar el sueño, y ya sólo duerme cinco horas al día, además, empezó a bajar de peso, y en 10 meses perdió un total de 30 kilogramos. Se alejó de su círculo de amigos, al grado de ya no reunirse con ninguno.

La esposa le solicitó el divorcio a finales de mayo de 2016. El paciente se fue a vivir a casa de su madre, con quien no tenía buena relación, pero en esta ocasión encontró apoyo. Es notificado después que el matrimonio se disolvió legalmente, y su madre le pide que tanto él, como su hijo, vivan con ella en la misma casa; él acepta.

J.A. expone que ya divorciado, se sigue sintiendo enojado y frustrado con frecuencia, pero ahora ha identificado que su conducta violenta afecta a su madre e hijo, a quien regaña por lo menos una vez al día, e incluso, admite haberlo golpeado. Teme causarles daño irreversible.

Método

Diseño de estudio de caso único. Este diseño tiene como características que la muestra se compone de un caso, el modo de selección es no probabilístico, y respeta las condiciones en las que se realiza la práctica clínica (Wainer, 2012).

El diseño de estudio de caso único establece relación entre la investigación y la práctica clínica. Permite al investigador usar técnicas cuyos resultados ya han sido comprobados en la práctica clínica (Roussos, 2007). En el informe del grupo de trabajo sobre psicoterapia basada en la evidencia de la Asociación Psicológica Americana (APA, 2006 citado en Roussos, 2007), se manifiesta que este tipo de diseño establece una relación causal del individuo con su contexto.

Es una estrategia metodológica que contribuye al campo científico, ya que sus resultados fortalecen y desarrollan el surgimiento de nuevos paradigmas. Su mayor fortaleza es que mide y registra la conducta de la persona participante (Martínez y Piedad, 2006).

Participante: hombre de 33 años de edad con trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla.

Instrumentos

La estrategia de evaluación consistió en la aplicación de entrevista clínica, formato del Centro Integral de Salud Mental (apéndice 1) para recabar información necesaria para establecer motivo de consulta, desarrollar genograma, análisis funcional, el mapa clínico de patogénesis, y mapa de alcance de metas (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

Se aplicó examen del estado mental, mediante el que se reconocieron funciones sensorias, motoras, de memoria, contenido del pensamiento y estado de ánimo, el cual fue decaído, triste, molesto, e irritado. Se usó también el test de Medidas de síntomas transversales de nivel 1 del DSM -5 autoevaluadas: adulto (APA, 2013) para conocer los dominios que requerían atención, siendo éstos depresión, ira, y problemas de sueño, mostraron indicadores moderados y graves.

Con base a los resultados del test de Medidas de síntomas transversales de nivel 1 del DSM -5 autoevaluadas: adulto (APA, 2013), se aplicaron el Inventario de

depresión de Beck-I (BDI-II) (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), y el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) (Spitzer, Kroenke, y Williams, 1999 adaptado por Baader et al., 2012).

Los resultados de las pruebas aplicadas al paciente arrojan depresión de moderada a severa, sin ideación suicida. Los síntomas aparecieron a partir del accidente en motocicleta, ocurrido en abril de 2016, fecha en la cual los médicos le diagnosticaron traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla, y discapacidad permanente.

De acuerdo con los lineamientos del Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (OPS, 1995), el diagnóstico médico es (S83.7) Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla.

Mientras que con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (APA, 2013) se diagnostica S83.7 (F06.32) Trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla. Con episodio del tipo depresivo mayor.

Procedimiento

Para el tratamiento se utilizó la Terapia Cognitivo Conductual con enfoque basado en problemas (Nezu et al., 2006) debido a que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento para pacientes con trastornos depresivos (Ruiz et al., 2012; Secretaría de Salud, 2011; Ortega et al., 2015).

La intervención constó de 10 sesiones: dos de evaluación, y ocho de intervención, de 50 minutos cada una, llevadas a cabo en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) Victoria, de la Secretaría de Salud de Tamaulipas, donde el paciente tuvo acceso gratuito al tratamiento al ser derechohabiente del Seguro Popular.

Se acordaron con el cliente los objetivos de disminuir la tristeza e irritabilidad, y encontrar pensamientos adaptativos para mejorar la salud mental. Los objetivos específicos de la intervención acordados entre el terapeuta y los co-terapeutas de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, y CISAME Victoria, fueron: lograr regulación emocional, identificar distorsiones cognitivas, reestructuración cognitiva, relajación,

someter pensamientos automáticos a prueba de realidad, encontrar pensamientos alternativos, y prevenir recaídas. Las técnicas utilizadas fueron psicoeducación sobre emociones (Ekman y Oster, 1979), psicoeducación sobre distorsiones cognitivas (Beck, 1996), técnica de entrenamiento en autoinstrucciones (Ruiz et al., 2012), procedimiento de la parada de pensamiento (Ruiz et al., 2012), diálogo socrático (Ruiz et al., 2012), técnicas de relajación (Mendoza, 2010), y resolución de problemas mediante ejercicios: Autoafirmación (Mahoney, 1991), y ¿cómo llegué, como me voy? (Bunge, Gomar y Mandil, 2010).

Se trazaron las metas de incrementar responsabilidad emocional, disminuir tristeza e irritabilidad, desarrollar sistema de creencias adaptativas, e incrementar habilidades sociales, para elaborar el plan de tratamiento, como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1.

Tratamiento Cognitivo Conductual para paciente con Depresión debido a Traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla.

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas entre sesiones
1	Evaluación	Entrevista clínica, formato CISAME. Examen del estado mental Medidas de síntomas transversales de nivel 1 del DSM -5 autoevaluadas: adulto. Consentimiento informado.	
2	Evaluación	Inventario de depresión de Beck-I (BDI-II) (Adaptación Sanz et al., 2003). Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) (Spitzer, Kroenke, y Williams, 1999 adaptado por Baader et al., 2012).	
3	Intervención: Explicar el encuadre de la TTC para el tratamiento trastorno depresivo. Acordar contrato terapéutico, objetivos de la terapia. Exponer al paciente el análisis funcional, y resultados de las evaluaciones.	Psicoeducación. Devolución de resultados de los test aplicados. Mapa clínico de patogénesis, mapa de fortalezas, mapa de alcance de metas (Nezu et al., 2006) Análisis funcional.	Autoregistro del estado de ánimo.
4	Psicoeducación sobre emociones, y depresión. Regulación emocional.	Revisión de video sobre emociones (Ekman y Oster, 1979), realizado por CISAME. Presentación en diapositivas sobre trastornos depresivos (APA, 2013).	Autoregistro: situación, emoción y pensamiento.
5	Conocer distorsiones cognitivas	Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas.	Autoregistro:

	para que el paciente sepa cómo su pensamiento influye en sus emociones, situaciones y comportamiento.	(Beck, 1996).	distorsiones cognitivas.
6	Someter pensamientos automáticos a pruebas de realidad para volverlos adaptativos. Y detener pensamientos desadaptativos para encontrar adaptativos. Activación conductual.	Dialogo socrático (Ruiz et al., 2012). Procedimiento de la parada de pensamiento (Ruiz et al., 2012). Técnica de relajación: respiración diafragmática (Mendoza, 2010).	Autoregistro: situación, emoción y pensamiento.
7	Reestructuración cognitiva para encontrar pensamientos alternativos más adaptativos y disminuir emociones que en este momento puedan ser dañinas. Activación conductual para relajación.	Dialogo socrático (Ruiz et al., 2012). Técnica de entrenamiento en auto-instrucciones (Ruiz et al., 2012). Técnica de relajación: respiración diafragmática (Mendoza, 2010).	Autoregistro de fortalezas y del estado de ánimo.
8	Reestructuración cognitiva para encontrar pensamientos alternativos más adaptativos y disminuir emociones que en este momento puedan ser dañinas.	Dialogo socrático (Ruiz et al., 2012). Técnica de entrenamiento en auto-instrucciones (Ruiz et al., 2012).	Practicar técnica de relación: respiración diafragmática
9	Encontrar pensamientos alternativos y adaptativos. Reducir desesperanza e incertidumbre sobre el futuro.	Enlistar pensamientos adaptativos sobre situaciones presentes y futuras. Aplicación de post test: -Inventario de depresión de Beck. -Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9). Técnica de relajación (Mendoza, 2010).	Ejercicio: "Mis planes a futuro".
10	Evaluar logro de los objetivos terapéuticos. Evaluar el mantenimiento de las mejoras.	¿Cómo llegué, como me voy? (Bunge et al., 2010). Retroalimentación con resultados de los test, pre y post intervención. Ejercicio de Autoafirmación (Mahoney, 1991).	

Elaboración propia del Plan de Tratamiento, que constó de 10 sesiones: dos de evaluación, y ocho de intervención, de 50 minutos cada una, llevadas a cabo en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) Victoria, de la Secretaría de Salud de Tamaulipas.

Resultados

Con base en la evaluación realizada de manera previa (pre) y posterior (post) a la intervención psicoterapéutica, mediante el Inventario de depresión de Beck-I (BDI-II) (Sanz et al., 2003), y el cuestionario sobre la Salud del Paciente (Spitzer, Kroenke, y Williams, 1999 adaptado por Baader et al., 2012), el resultado fue una disminución en la sintomatología depresiva del paciente, quien logró el reconocimiento de sus emociones

y su responsabilidad en las mismas, una reestructuración cognitiva que le significó el desarrollo de creencias alternativas y adaptativas.

En el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), el nivel de depresión inicial era moderadamente severa, y al término de la intervención, leve. Mientras que en el Inventario de depresión de Beck (Sanz et al., 2003), se obtuvo el cambio a estados de depresión intermitente.

En la figura 1, Resultado del Inventario de depresión de Beck-I (BDI-II) (Sanz et al., 2003), se muestran los resultados previo al tratamiento, fue de 32 puntos: depresión grave, posterior a la intervención fue de 17 puntos: estados de depresión intermitente.

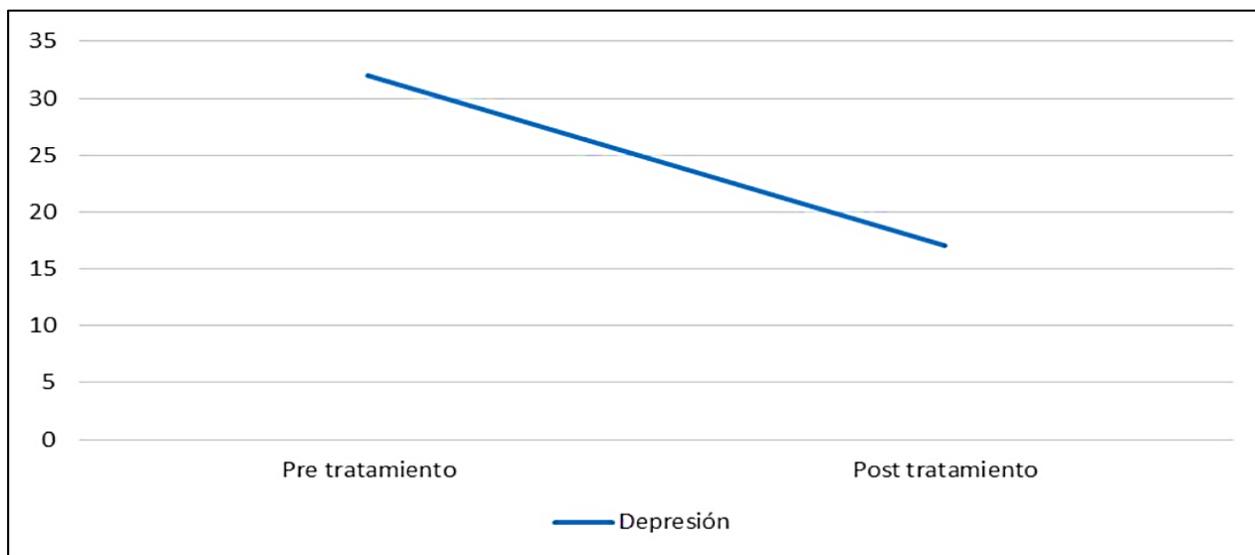


Figura 1. Resultados del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Los resultados del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) (Spitzer, Kroenke, y Williams, 1999 adaptado por Baader et al., 2012), fueron de 19 puntos: moderadamente severa, antes de la intervención psicoterapéutica, y 8 puntos: depresión leve, después de la intervención (ver figura 2).

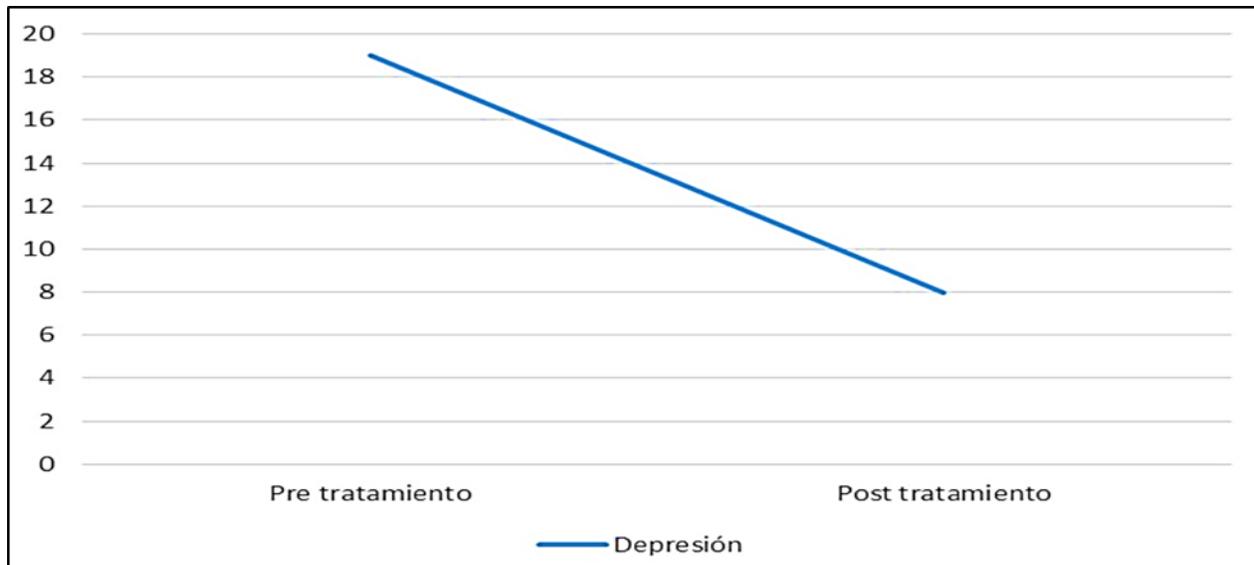


Figura 2. Resultados del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9).

Conclusiones

La terapia psicológica, con enfoque cognitivo conductual, tuvo un resultado eficaz para disminuir la sintomatología del trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla, que presentó el paciente, lo cual coincide con los hallazgos de otros autores (Ruiz et al., 2012; Secretaría de Salud, 2011; Ortega et al., 2015).

De entre las técnicas utilizadas, destaca la reestructuración cognitiva, ya que la depresión del paciente se presentó a partir del accidente en el que adquirió discapacidad física, que le causó problemas para llevar a cabo algunas actividades, como continuar con su trabajo de repartidor en motocicleta, alejamiento físico y emocional de su antes esposa, y de su círculo de amigos, a quienes dejó de frecuentar. A partir del accidente, desarrolló pensamientos que le causaban autopercepción de inutilidad.

En la terapia el cliente reconoció sus emociones y adquirió responsabilidad sobre ellas, ya que aprendió que determinada situación le causa pensamientos y emociones (Ruiz et al., 2012). Identificó sus distorsiones cognitivas (Beck, 1996), como sobregeneralización: “nadie me quiere”, “todos piensan que ya no soy el mismo”;

culpabilizar: “mi esposa me dejó por mi culpa”; pensamiento polarizado: “si no es con ella, no voy a ser feliz con nadie”; lectura de pensamiento: “seguramente mi ex piensa que ya no sirvo para nada”, “mi hijo me ve como un mal padre”; personalización: “quién va a querer a un discapacitado”; catastrofismo: “ser discapacitado es lo peor que me pudo pasar”. Encontró pensamientos adaptativos que le causaban bienestar emocional. El paciente trabajaba en las mañanas limpiando vidrios de automóviles, y al salir, acudía a psicoterapia, por lo que la activación conductual se enfocó en ejercicios de relajación, como respiración diafragmática.

Los resultados de las pruebas aplicadas al inicio y final del tratamiento, muestran una disminución de la sintomatología depresiva. Entre los objetivos de la terapia se destacaron disminuir la tristeza e irritabilidad, y encontrar pensamientos adaptativos para mejorar la salud mental, lo cual se cumplió. Se espera con las nuevas estrategias de afrontamiento, el paciente continúe desarrollando pensamientos alternativos que le permitan incrementar responsabilidad emocional, disminuir tristeza e irritabilidad, desarrollar sistema de creencias adaptativas, e incrementar habilidades sociales.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona: Masson.
- Baader, T., Molina, J., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M. y Christoph, M. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 50 (1), 10-22.
- Beck, A. (1996). *Terapia cognitiva de la depresión*. 8ª. Edición. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Berenzon S., Lara M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*, 55 (1), 74-80.
- Bunge, E., Gomar, M., y Mandil, J. (2010). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Segunda Edición. Buenos Aires: Akadia.
- Butler, A. Chapman, J., Forman y Beck, A. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 26 (1), 17-31.
- Ekman, P. y Oster, H. (1979). *Expresiones faciales de la emoción*. *Annual Review of Psychology*, 30 (7), 527-54.
- Heinze, G. y Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la Depresión*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Hollon, S.D., Stewart, M., Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review Psychology*. 57, 285-315.
- Mahoney, M., (1991). *Human Change processes*. Nueva York: Basic Books.
- Martínez, C. y Piedad, C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193.
- Mendoza, B. (2010). *Manual del enojo. Tratamiento Cognitivo-Conductual*. México: Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Núñez-Cortés, J. y Llano, J. (2012). *Ser médico. Los valores de una profesión*. Madrid: Unión Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe sobre la situación de la seguridad vial 2015*. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/Summary_GSRRS2015_SPA.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (febrero, 2017a). *Depresión. Nota descriptiva*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos. 48 edición*. Recuperado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)*. Recuperado de http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561%3A2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&catid=511%3Ahealth-information-analysis&Itemid=2560&lang=es

- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud— 10a. revisión*. Washington, D.C.: OPS.
- Ortega, M., Kendzierski, M. & Rubio, M. (2015). Intervención Conductual en un Caso de Bajo Estado de Ánimo. *Revista Psicoterapia*, 26 (102), 175-188.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3), 261-270
- Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sanz, J., Perdigón, A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. *Propiedades psicométricas en población general Clínica y Salud*, 14, (3), 249-280.
- Secretaría de Salud (2011). *Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Silverman, F. y Varaona, O. (2010). *Ortopedia y traumatología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 16 (2), 214-222.