

Trastorno depresivo persistente: Evaluación clínica y abordaje psicoterapéutico desde la terapia cognitivo conductual. Estudio de caso único

Persistent depressive disorder: Clinical evaluation and psychotherapy from a cognitive behavioral approach. Single case study

Johanna Sibaja-Molina

Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio; San José, Costa Rica

Resumen: El trastorno depresivo persistente (TDP) afecta el estado de ánimo, suele tener una aparición temprana en el desarrollo, y estar presente durante al menos dos años. Se presenta el proceso de evaluación clínica y la intervención psicoterapéutica desde la terapia cognitiva conductual. El objetivo psicoterapéutico fue favorecer la adquisición de esquemas cognitivos y repertorios conductuales orientados a la reducción de afectaciones emocionales, conductuales y fisiológicas asociadas con el TDP. Luego de 10 sesiones de intervención en las que se utilizó activación conductual, modificación de pensamientos automáticos, desarrollo de habilidades sociales, y la psicofarmacología como coadyuvante, se reportan estados de ánimo más estables, disminución de sintomatología ansiosa y depresiva, así como aumento de actividades placenteras, a su vez, se logra un mejor reconocimiento y abordaje de los pensamientos automáticos. El abordaje psicoterapéutico permitió mayor flexibilidad cognitiva y disposición a la toma de decisiones orientadas al cambio.

Palabras clave: trastorno depresivo persistente, terapia cognitivo-conductual, activación conductual, caso único.

Abstract: Persistent depressive disorder (PDD) refers to a significant affectation of the mood, which usually has an early appearance in development, and is present for at least two years. The clinical evaluation process and psychotherapeutic intervention from cognitive behavioral therapy are presented. Psychotherapy aimed to promote the acquisition of

MSc. Johanna Sibaja Molina  [0000-0002-1085-0223](https://orcid.org/0000-0002-1085-0223) es psicóloga y psicoterapeuta. Además, trabaja como docente en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica e investigadora en el Centro de Investigación en Neurociencias de la misma Universidad (San José, Costa Rica).

Para citar este artículo: Sibaja-Molina, J. (2024). Trastorno depresivo persistente: Evaluación clínica y abordaje psicoterapéutico desde la terapia cognitivo conductual. Estudio de caso único. *Clínica Contemporánea*, 15(1), Artículo e2. <https://doi.org/10.5093/cc2024a2>

La correspondencia sobre este artículo deberá ser enviada a Johanna Sibaja Molina. E-mail: Johanna.sibajamolina@ucr.ac.cr



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

cognitive schemes and behavioral repertoires for reducing the emotional, behavioral, and physiological effects associated with PDD. After 10 sessions of intervention in which behavioral activation, modification of automatic thoughts, development of social skills, and psychopharmacology as an adjuvant were used, more stable mood states, a decrease in anxious and depressive symptoms, as well as an increase in pleasurable activities were reported. Also, better recognition and management of automatic thoughts is achieved. The psychotherapeutic approach allowed greater cognitive flexibility and willingness to make decisions oriented to change.

Keywords: persistent depressive disorder, cognitive behavioral therapy, behavioral activation, single case

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la depresión es un problema de salud bastante grave, y se ha convertido en una de las principales causas mundiales de discapacidad. El trastorno depresivo persistente (TDP) es una forma crónica e incapacitante de depresión (Jiménez-Maldonado et al., 2013). Esta condición se caracteriza por la frecuente presencia de un estado de ánimo deprimido, que se acompaña por síntomas como afección en el apetito y el sueño, falta de energía o fatiga, baja autoestima, retos a nivel de concentración y toma de decisiones, así como sentimientos de desesperanza (APA, 2014). Además, estas características han tenido una aparición temprana en el desarrollo de la persona (Schramm et al., 2020), y han estado presente durante un mínimo de dos años, lo que le atribuye un curso crónico de la condición. Esto desencadena un malestar clínicamente significativo, o deterioro en áreas importantes de la vida.

Vivir experiencias adversas desde temprano en el desarrollo, va configurando una vulnerabilidad al estrés, que se asocia con mayor predisposición a desarrollar sintomatología depresiva y ansiosa (Heim y Binder, 2012), y que genera un impacto en la forma de procesar la información y las emociones que se experimentan (Hobbs et al., 2021). Esto se asocia con el desarrollo de una visión pesimista del mundo y pobre conciencia del estado de ánimo normal, instaurando en la persona mecanismos que evocan de manera frecuente contenidos pesimistas en los pensamientos y afección en la autoestima (Mendoza-Rincón et al., 2021).

Así como lo propuso Beck (1964), esa tendencia a esperar eventos y experiencias negativas se establece como un mecanismo de bucle cognitivo, que se va fortaleciendo conforme la persona, de manera subjetiva y sesgada, evalúa la evidencia a su alrededor, y la considera como válida (Kube et al., 2020). Esto realimenta sus creencias y fortalece lo que se conoce como distorsiones cognitivas, que son patrones de pensamientos erróneos. Estos patrones sostienen la creencia de la persona, de que los conceptos negativos son válidos, incluso disponiendo de evidencia contraria a ello (Mendoza-Rincón et al., 2021).

En el presente estudio de caso, se desarrolló un abordaje desde la terapia cognitivo-conductual (TCC), orientado a la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales, dado que estos influyen en el estado de ánimo y en el comportamiento de la persona (Beck, 2011). El trabajo en la modificación de creencias erróneas suele propiciar una percepción más realista en la persona, que tome en cuenta sus fortalezas y sus limitaciones. Además, favorece la valoración de la evidencia disponible en los contextos específicos a los que se enfrenta. Así, uno de los objetivos finales de la intervención, fue que la persona lograra adquirir herramientas que le permitieran observar e identificar la relación entre situaciones, pensamientos automáticos y reacciones, sean estas emocionales, conductuales, fisiológicas, etc., y lograr generar cambios orientados a su bienestar.

Identificación de la paciente

La consultante es una mujer cisgénero de 23 años, soltera, que cursa estudios universitarios. Vive con sus padres y dos hermanos. Es la segunda hija de la familia. Al momento de la evaluación no laboraba, ni asistía a la universidad desde hace un año.

Motivo de consulta o evaluación

Se detallaron las implicaciones de la participación en el proceso de evaluación y atención psicoterapéutica, atendiendo a lo que establece el Código de Ética y Deontológico (Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 2019, pp. 8, 14, 15). Posteriormente, se firmó el consentimiento informado, en el cual se accedió a participar voluntariamente.

El motivo de consulta referido fue la experimentación de malestares intensos y frecuentes, relacionados con la regulación del estado de ánimo: “suelo sentirme triste, abrumada emocionalmente, sin energía y sin esperanza”. Señala que estas sensaciones le han acompañado desde que tenía 13 años, donde eran constantes los sentimientos de soledad y tristeza. La situación de malestar emocional la ha llevado a sentirse “estancada en la carrera”. Le ha generado aislarse de sus amistades y de su familia. “Pienso que he pasado por cosas que me han hecho resiliente, pero, aunque quiero hacer las cosas, no tengo energía ni ánimo para hacerlo, y esto ha hecho que abandone muchas de las cosas que solían gustarme”.

Historia clínica de relevancia

La evaluada indica que el momento más intenso de malestar emocional, lo experimentó a los 14 años, cuando cursaba el segundo año del colegio. Recuerda intensos altibajos en su estado de ánimo, un vacío en su vida, y aparición de ideas suicidas. En ese segundo año de colegio su malestar se tornó notable, por lo que fue referida por la institución educativa a terapia psicológica, señalando la presencia de sintomatología depresiva; asistió a tres sesiones.

Menciona que, en retrospectiva, interpreta la situación como negligencia por parte de sus padres, quienes no atendieron debidamente su condición emocional. Indica que a pesar de que la sintomatología disminuyó en intensidad, esta se mantuvo, sin embargo, no alertó a nadie, con el fin de no generar preocupación. Señala que desde su adolescencia ha experimentado síntomas como fatiga física y mental, dolores de cabeza recurrentes, y hormigueos en el cuerpo. Indica que, desde esa época, cuando se presentan situaciones problemáticas, suele evocar de manera automática pensamientos con escenarios fatalistas.

Durante la primera entrevista mencionó que a los 15 años experimentó un ataque de pánico, cuando estaba en el colegio. Luego de esto, comenta que ha experimentado ataques de pánico en distintos contextos, tales como su casa, la universidad, y en espacios exteriores. A los 17 años, cursando el último año de colegio, junto con su familia, experimentó una situación en la que vio su integridad y su vida amenazada, por lo que tuvieron que cambiar de residencia. Según menciona, esta situación generó que tuviera que finalizar su último año de colegio lejos de sus compañeros y docentes, ya que no podía salir de la casa donde ella y su familia estaban resguardados.

La evaluada caracteriza una sintomatología relacionada con la ansiedad y depresión que ha estado presente desde su adolescencia hasta la vida adulta, con manifestaciones que variaron en intensidad, pero con una frecuencia de al menos una vez al mes. Reporta que, al cursar el segundo año de universidad, los malestares se magnificaron y rebasaron sus mecanismos de afrontamiento. Según refiere, la experiencia universitaria y las asignaciones académicas se convirtieron en detonantes de crisis de ansiedad recurrentes y deserción académica. Indica que este tipo de decisiones fue generando una espiral en la cual aumentó el sentimiento de incompetencia y fracaso. También manifiesta haber vivido acoso sexual en el último semestre que cursó. Señala que la deserción universitaria incrementó la preocupación y desesperanza sobre el futuro y su proyecto de vida, intensificando, además, los pensamientos catastróficos, y la manifestación de sintomatología depresiva, caracterizadas por el cansancio físico todos los días, rumiación, preocupación excesiva, tristeza profunda, alteraciones de hábitos alimenticios y de sueño. Según notaba, el tiempo transcurría y ella no sentía capacidad ni energía de hacer algo provechoso en su vida. Esto aumentaba su sentimiento de culpa, según refiere. La situación descrita, la llevó al aislamiento social, ya que evitaba el contacto con sus amistades, tanto a nivel presencial como en redes sociales. Manifiesta que el contacto con la gente le hacía sentir incómoda, y evocar pensamientos relacionados con incompetencia, y con la sensación de estar “desperdiendo su vida”. Argumenta que evitaba

a otras personas, porque no sentía la energía para sostener la atención de una conversación, o porque al darse cuenta de que las demás personas continuaban con sus proyectos de vida, le hacía sentir culpable y frustrada. La conducta de evitación fue extensiva a lo interno de su hogar. Reportó pasar la mayor cantidad de tiempo en su casa, y aislarse en su habitación, evitando contacto con su familia, alejada de la dinámica entre su padre y madre, la cual solía ser conflictiva, con presencia de discusiones acaloradas.

Evaluación clínica con diagnóstico

La evaluación psicológica representa el proceso de recopilación de información sobre el comportamiento de los individuos, sus construcciones psicológicas u otras características. Se desarrolla mediante métodos como la observación, entrevistas y pruebas estandarizadas. Este proceso permite informar y tomar decisiones sobre el diagnóstico, la intervención y otras recomendaciones (Wright et al., 2021). En el presente caso, se desarrollaron 6 sesiones de evaluación clínica, que iniciaron con la aplicación de la entrevista clínica y valoración de los criterios del examen mental. La prueba LSB-50 facilitó un tamizaje de la sintomatología experimentada al inicio del proceso, y a la vez, fungió como parámetro de comparación al finalizar la intervención. Se aplicaron pruebas como el Neuropsi, el Inventory de evaluación de la personalidad (PAI), el Inventory multifásico de personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2RF), los cuales se detallarán más adelante.

Examen mental

Se observó alta activación motora en pies y manos. Tono de voz y expresividad inhibido y pausado. Se observan estados de cansancio, intranquilidad, y malestares somáticos, gestos faciales decaídos. Su narrativa, sugirió la presencia de abulia relacionada con sintomatología depresiva. Se observaron frecuentes episodios de labilidad emocional, asociados con la tristeza. La descripción de su cotidianidad era cargada de pesimismo, y manifestaba falta de energía para cambiar el curso de su estado de ánimo. Durante la entrevista, describe escenarios fatalistas asociados con taquicardia, hiperventilación, tensión muscular, dolor de espalda y cuello.

Respecto al contenido de pensamientos, en la entrevista se observa alta frecuencia de ideas de referencia, donde ella interpreta gestos y palabras de otras personas como amenazantes y hostiles. Asimismo, mostraba alta frecuencia de preocupaciones y rumiaciones vinculadas con su auto concepto, su capacidad de afrontamiento, su vida profesional y su necesidad de cambio.

Reportó frecuentes episodios de malestares sensoperceptivo como frustración, fatiga, decaimiento, pesadez, embotamiento, cefaleas, tensión muscular.

El Listado de Síntomas Breve (LSB-50; De Rivera y Abuín, 2012). Con este instrumento se valora sintomatología psicológica y psicosomática. En estudios con población latinoamericana y española entre los 18 y 89 años, se ha mostrado que este instrumento evalúa siete factores: Hipersensibilidad, Obsesiones-compulsiones, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Depresión y Alteraciones del sueño; mostrando tener una adecuada validez como prueba y ser útil como cuestionario de síntomas para el diagnóstico psicopatológico (Abuín y de Rivera, 2014; De la Iglesia et al., 2015). La aplicación de este instrumento en el presente caso identificó un riesgo psicopatológico por encima del percentil 97, que sugiere un nivel alto de malestar o sufrimiento psicológico, debido a la presencia de desvalorización, incomprendión, miedo, somatización y hostilidad, junto con la presencia de ideas de suicidio. Se reportó un índice global de severidad en el percentil 60, y un número de síntomas mayor al que suele estar presente en población que se utilizó de referencia (percentil 85 de la población clínica). La intensidad de síntomas se ubicó dentro del promedio de la muestra clínica de referencia (percentil 30). Se identificaron puntajes altos en ansiedad (percentil 85), relacionados con la presencia de ataques de pánico, temores, miedos irrationales, inquietud y nerviosismo. También se reportó la intrusión de pensamientos y la sensación de que situaciones malas le iban a suceder. En la escala de depresión se reportaron puntajes altos (percentil 65), en las que se registra sintomatología como

tristeza continua, falta de energía, falta de esperanza en relación con el futuro, sentimientos de culpa respecto a lo que le sucede, tendencia al llanto, y sensación de soledad. Se reporta presencia de anhedonia, anergia y sensación de impotencia. Otra escala con puntaje alto fue la de obsesión compulsión (percentil 65), con presencia de pensamientos o ideas no deseadas que no logran salir de su mente, sensaciones de ser incapaz de finalizar cosas que empieza, y la sensación de que le cuesta tomar decisiones. La escala de alteraciones del sueño también se reportó alta (percentil 65), asociadas con la dificultad de conciliar el sueño y tener un horario de sueño regular.

Inventario de evaluación de la personalidad PAI (Ortiz-Tallo et al., 2012). Este instrumento aporta datos necesarios para un diagnóstico y planificación de tratamiento. Ha mostrado ser una herramienta adecuada y confiable para la evaluación clínica en población de habla hispana con condiciones psiquiátricas y sin ellas (Ortiz-Tallo, et al., 2017). Los resultados que se reportan en el presente caso indican afecciones como depresión, con síntomas como infelicidad notable, disforia, experimentar tristeza la mayor parte del tiempo y mostrarse retraída ante actividades que antes disfrutaba. En la escala de ansiedad se reportan síntomas como miedos y preocupaciones constantes, poca confianza en sí misma, experimentar tensión constante y presencia frecuente de rumiación. En la escala de rasgos límites, se identifica frecuencia en la sensación de malhumor, sensible y con incertidumbre sobre sus metas vitales. Además, se reporta la experimentación de ira y falta de satisfacción con las relaciones interpersonales.

En las escalas sobre el tratamiento sobresale la presencia de ideación suicida, estrés y falta de apoyo social. Las escalas de relaciones interpersonales sugirieron una baja dominancia, que sugiere que es una persona retraída, que tiende a cohibirse en las relaciones sociales, y sentirse incómoda cuando es el centro de atención. La escala de afabilidad refleja a una persona que se adapta con éxito a distintas situaciones interpersonales, y es capaz de tolerar relaciones estrechas, pero también mantener cierta distancia en las relaciones si es necesario.

Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF, Ben-Porath et al., 2009). Este instrumento cuenta con escalas validadas empíricamente, que brindan información sobre rasgos de personalidad que pueden estar relacionados con conductas atípicas y síntomas clínicos, identifica intereses y mecanismos interpersonales, así como patrones inconsistentes de respuesta, que son elementos que pueden afectar la validez del protocolo. Su adaptación al español contó con muestra proveniente tanto de población en general como población con alguna condición clínica, en un rango de edad de los 19 a los 65 años (Butcher et al., 2019). El resultado de la aplicación en este caso reportó que la principal afectación se da en las alteraciones emocionales o internalizadas. Hubo puntajes altos en la desmoralización, lo cual se relaciona con la presencia de trastornos depresivos. Este resultado sugiere formular un abordaje orientado al alivio del malestar psicológico. También se identificaron escasez de emociones positivas, quejas cognitivas y malestar general a nivel somático, como dolores de cabeza. Se reiteró la presencia de ideas suicidas y puntajes altos en inseguridad, estrés y preocupaciones, ansiedad, así como miedos incapacitantes.

En las escalas interpersonales se destacaron, con puntajes altos, los problemas familiares, y sus manifestaciones de timidez. Dentro de las escalas de personalidad psicopatológica, resaltaron las características de emocionalidad negativa/neuroticismo, lo que reafirmó el malestar experimentado por las diversas emociones negativas.

Neuropsi atención y memoria: 6 a 85 años (Ostrosky-Solís et al., 2012). Esta es una prueba neuropsicológica que cuenta con validaciones de constructo, validez convergente y clínica, con soporte en literatura científica y estandarización en población hispanohablante (Ostrosky-Solís, y Gutiérrez, 2012). Mediante este instrumento se valoró la orientación, la atención selectiva, sostenida y el control atencional; así como tipos y etapas de memoria incluyendo memoria de trabajo, memoria a corto y largo plazo para material verbal y visoespacial. Se mostró un desempeño normal en los componentes evaluados con este instrumento.

En general, la valoración inicial de la consultante arroja las siguientes características:

A nivel emocional: alta frecuencia e intensidad de ansiedad, sensación de desesperanza, intensa desregulación del estado de ánimo, hostilidad, miedo incapacitante e irracional, tristeza, pérdida de interés en actividades

des cotidianas, insatisfacción, anergia, anhedonia, incertidumbre, desesperanza, culpabilidad, preocupación, sentimiento de ausencia de logro.

A *nivel cognitivo* se observaron preocupaciones excesivas, hipervigilancia cognitiva, rumiación, incertidumbre sobre el futuro, desvalorización, incomprendimiento, bajo nivel de autoeficacia y auto concepto, aumento de pensamientos relacionados con escenarios fatalistas, sesgos atencionales hacia eventos relacionados con el afecto negativo, minimización de capacidades, excesos de autoobservación, ideas de suicidio.

Las respuestas fisiológicas experimentadas solían ser la fatiga física, desórdenes del sueño y el apetito, frecuente dolor de cabeza, falta de energía, reducción de libido, afecciones con el peso, tensión, tendencia al llanto y somatización de síntomas.

A *nivel conductual* se evidenció un incremento de conductas de evitación, aislamiento, llanto constante, hipersomnia. La consultante no reportaba tratamiento farmacológico para abordar su malestar emocional, ni refirió antecedentes de enfermedades físicas que alteraran su funcionamiento.

Diagnóstico clínico

De acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-V (APA, 2014), y la valoración clínica realizada se sugiere la presencia de un trastorno depresivo persistente, con ansiedad, de inicio temprano, con episodios de depresión mayor persistentes, en un nivel grave. También se identifica un problema de relación entre padres e hijos. Este objeto de atención clínica refiere a la calidad de relación padre-hijo, que puede estar afectando el curso, pronóstico, o tratamiento de un trastorno mental.

Intervención Psicológica

Una premisa en terapia cognitiva es que la forma en que las personas piensan sobre las situaciones de sus vidas influye en cómo se sienten y en lo que hacen. Beck (1976), sugiere que uno de los mecanismos que resalta la sintomatología depresiva es la tríada cognitiva, que refiere a: 1) una visión negativa que la persona tiene de sí misma, que en el caso de la depresión, se relaciona con sentirse inadecuada o inepta; 2) la interpretación errónea del contexto, que incluye la valoraciones sesgadas sobre el papel que tienen en su vida las relaciones sociales, las actividades que realiza y sus labores en general, las que suele interpretar como limitantes para lograr sus objetivos; y 3) una visión negativa acerca del futuro, donde suelen prevalecer expectativas de que el futuro deparará más dificultades y penurias, mediante ideas como “las cosas nunca van a estar bien”, “siempre voy a estar triste”.

Además del componente cognitivo, para el abordaje de la depresión se recomienda trabajar con técnicas de activación conductual, que permiten a la persona monitorear su estado de ánimo y sus actividades diarias, y notar la conexión entre ellas. A partir de allí, lograr establecer un plan para aumentar el número de actividades placenteras y las interacciones positivas con su entorno (Powell et al., 2008). Mediante la activación conductual, se evalúa y comprende cómo algunas situaciones son detonantes, y se hace hincapié en cómo algunas resoluciones ineficaces en la vida cotidiana pueden reforzar el malestar (Martell et al., 2013).

Para iniciar el proceso terapéutico, fue necesario incentivar un contexto de aprendizaje, dentro del cual se establecieron objetivos de trabajo que respondieron a las particularidades de la persona consultante (Beck, 2015).

Objetivos terapéuticos

Como objetivo general se propuso favorecer en la consultante la adquisición de esquemas cognitivos y repertorios conductuales, que le permitieran la reducción de manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas asociadas con la depresión. Desde el modelo de Beck, un esquema es un conjunto de patrones, que suelen ser relativamente estables, y constituyen la forma en que la persona percibe e interpreta tanto al

mando como a sí mismo. En aras de cumplir con el objetivo general, se atendieron a las siguientes áreas prioritarias:

El *riesgo suicida* se identificó como la primera área de atención, debido a que en las autopsias psicológicas se ha identificado una relación importante entre suicidio y condiciones como la depresión (Arsenault-Lapierre et al., 2004).

La segunda área refiere a la *modificación de pensamientos automáticos*. Según Beck (2015), en condiciones como la depresión, la organización de pensamientos se realiza sobre conceptos distorsionados, y hechos falsos, lo cual aumenta el malestar experimentado en la persona. Por tanto, se buscó identificar y describir los pensamientos automáticos relacionados con las situaciones de malestar, las emociones y respuestas asociadas.

Como área tres, se trabajó la *activación conductual*, cuyo objetivo es el aumento del número de actividades gratificantes y placenteras, y que, además, cuenta con un amplio apoyo empírico respecto a la reducción de síntomas depresivos (Reinosa y Benuto, 2022). De acuerdo con Martell et al. (2013), el impulso en la depresión a menudo es no actuar, huir o evitar, por lo que la activación es contraria a ese impulso. Así, el objetivo era lograr acciones que aumentaran la experiencia gratificante y le permitieran asumir un involucramiento con su contexto.

La última área de atención fue al *desarrollo de habilidades sociales* y activación de redes de apoyo (familiares o amistades), como complemento en el proceso terapéutico. Las habilidades sociales son conductas que le permiten a una persona desarrollarse de manera adecuada en un contexto particular, y le permiten tener mayor sentido de autoeficacia, expresar de manera adecuada lo que se siente, expresar opiniones, incluso los desacuerdos, tomar decisiones, realizar autoobservaciones, entre otras (Caballo, 2007). En la depresión, la persona suele percibir que sus habilidades sociales son insuficientes o inadecuadas. Esto es relevante, ya que las quejas generadas, a raíz del malestar suscitado en la depresión, van erosionando el apoyo del círculo social, y al notar el distanciamiento de las personas cercanas, se confirman los elementos para un auto concepto negativo (Puerta et al., 2011).

Intervención terapéutica

Se inició la intervención procurando el resguardo de la integridad y la vida de la persona. Se realizó una referencia al servicio de salud del área de atención a la que pertenece la consultante, con el fin de articular el proceso terapéutico con la instancia de salud pública del país. En la referencia se indicó que, durante la evaluación psicológica, se identificó un riesgo de suicidio moderado, y se aludió a la Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida (Poder Ejecutivo, 2018), que insta a brindar un abordaje integral por parte de las instituciones del Estado. A su vez, en la primera sesión de intervención se diseñó un plan de seguridad, que pudiese implementar durante una crisis con ideación suicida. Tomando en consideración lo recopilado en el análisis funcional, se identificó que por las características ideográficas del caso, era mejor iniciar con técnicas enfocadas en lo cognitivo, esto debido a que durante el establecimiento del plan de emergencia se asignó la realización de algunas acciones como parte de las tareas terapéuticas, sin embargo, cuando la consultante no lograba hacerlas, iniciaba un bucle de malestar acompañado de verbalizaciones negativas sobre sí misma y sobre su compromiso con la terapia, lo cual aumentaba su sensación de ineeficacia. Así, para la segunda área de atención, se implementaron técnicas de recolección y análisis de pensamientos automáticos, mediante autorregistros y se trabajó en la generación de respuestas alternativas que tomaran en cuenta la evidencia disponible. La activación conductual se trabajó de la sesión cinco a la siete, con el objetivo de aumentar la calidad de vida, incentivando rutinas que resultasen gratificantes y asociadas con hábitos de vida saludable. Se implementaron técnicas como la programación de actividades, índices de dominio/placer, y asignaciones graduadas de la tarea. Se adicionaron componentes de aceptación y compromiso, que propiciaron que la persona rompiera patrones de la evitación experiencial y se comprometiera a realizar una acción que le acercara a una vida que le parecía digna de vivir.

De la sesión ocho a la diez, se trabajó en habilidades de auto monitoreo, autoevaluación y auto refuerzo (Puerta et al., 2011). Se desarrollaron actividades enfocadas en asertividad en la comunicación, consigo mis-

ma, y con las personas a su alrededor. Se implementó psicoeducación con la familia, sobre las características de la condición psicológica y el uso de psicofármacos. En la literatura se ha reportado que esto suele ser beneficioso para mejorar la adherencia a la psicoterapia (Jiménez-Maldonado et al., 2013). Además de trabajar en el incremento de repertorios de habilidades sociales, interpersonales y familiares, se incentivó el uso de habilidades para la resolución de problemas, con el fin de desarrollar estrategias de afrontamiento a los acontecimientos catalogados como estresantes y que fueron identificados como factores de vulnerabilidad. El último aspecto abordado en la intervención fue el afrontamiento ante una recaída. Las recaídas se dan por una reactivación de patrones automáticos de pensamientos negativos, así como de actitudes o conductas disfuncionales que permanecen latentes, luego del proceso de intervención (Segal et al., 2008).

En la tabla 1 se describe el desarrollo de las sesiones de trabajo, según objetivos y técnicas aplicadas (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Descripción de sesiones desarrolladas en la intervención

N. Sesión	Actividades realizadas	Técnicas utilizadas
Sesión 1 Objetivo: Diseñar un plan de seguridad para implementar durante una crisis con ideación suicida.	Explicar el modelo de la TCC. Elaborar plan de seguridad para implementar en una crisis. Hacer kit de emergencia para apoyo en momentos de crisis.	Psicoeducación. - Escucha activa. - Validación emocional.
Sesiones 2 a 4 Objetivo: Identificar y caracterizar los pensamientos automáticos y repertorios conductuales relacionados con la depresión.	- Revisión inventario de pensamientos automáticos. - Modular expresión emocional y redefinir interpretaciones. - Evaluar reacción frente a pensamientos automáticos. - Reelaborar pautas de comunicación consigo misma.	- Análisis topográfico y funcional de la conducta. - Debate socrático. - Focalización corporal. - Comprobación de valoraciones: Búsqueda de evidencia. - Juego de roles.
Sesiones 5 a 7 Objetivo: Diseñar rutinas de activación conductual que resulten gratificantes y que incorporen hábitos de vida saludable (sueño, alimentación, ejercicio).	- Revisión de lista de actividades placenteras y productivas. - Identificación de reforzadores positivos en la construcción de hábitos. - Diseño de rutinas que incorporen hábitos saludables.	- Registro de estado de ánimo y actividades. - Reforzamiento de actividades placenteras y productivas. - Monitoreo del estado de ánimo. - Debate socrático. - Canje de sensación de malestar por actividad productiva.
Sesiones 8 a 10 Objetivo: Incrementar el repertorio de habilidades sociales interpersonales y familiares.	- Activación de redes de apoyo: familia, amistades. - Validación emocional, y psicoeducación sobre la condición clínica y la psicofarmacología prescrita a la consultante. - Trabajo sobre la comunicación asertiva. - Fomento de la toma de decisiones. - Modular intensidad de emociones. - Manejo de las recaídas.	- Psicoeducación. - Resolución de problemas mediante encadenamiento. - Ensayo conductual. - Catastrofización. - Frases autoafirmativas. - Soluciones alternativas.

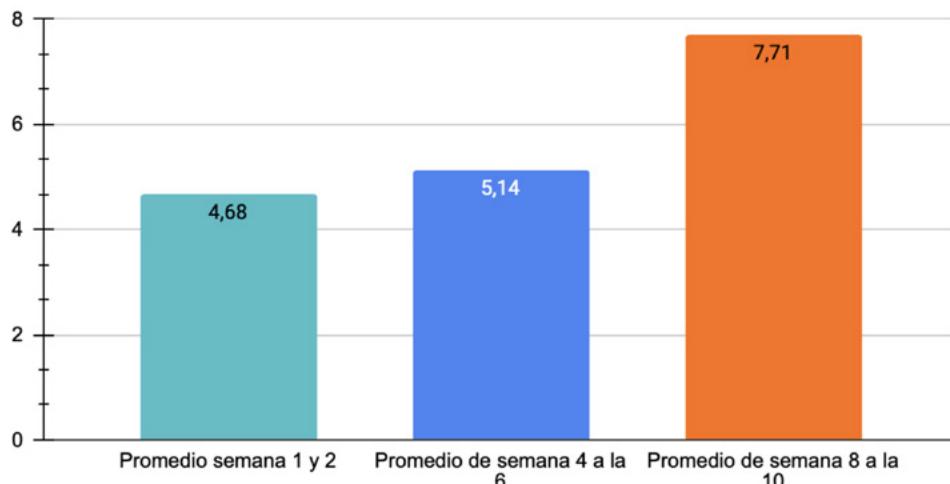
Resultados obtenidos en la intervención psicológica

Respecto a las áreas de atención, se obtuvieron los siguientes resultados:

La referencia realizada al centro de salud público, por motivo del riesgo suicida, la cual fue la primera área de atención, tuvo como resultado la valoración médica y la prescripción de fármacos estabilizadores del estado de ánimo (fluoxetina). La consultante reportó cambios positivos con el uso del medicamento. Los cambios experimentados, asociados con el medicamento, generaron mejores expectativas sobre las posibilidades de cambio. La valoración del examen mental, al finalizar el proceso, así como los autorregistros, evidenciaron estados de ánimo más estables, y menor frecuencia de sintomatología física. Esto se pudo observar en la disminución de las verbalizaciones negativas sobre los síntomas, así como el aumento en el promedio de placer reportado en los autorregistros de estado de ánimo y actividades, los cuales se valoraron en tres momentos distintos de la intervención (ver Figura 1).

Figura 1. Comparación de tres autorregistros que reportan el promedio del nivel de placer

Promedio del nivel de placer reportado en autorregistros del estado de ánimo durante la intervención.



Respecto a la segunda área de atención, el abordaje de pensamientos automáticos y los autorregistros permitieron identificar que, conforme avanzaban las sesiones, la consultante aportaba mayor cantidad de detalles para caracterizarlos. Se mostraron más asociaciones de estos pensamientos con contextos y respuestas emocionales y fisiológicas. Una de las técnicas utilizadas para identificar pensamientos automáticos fue *la pesca de pensamientos*, que consistió en anotar en Post-it® las ideas que surgían durante los episodios de malestar. Esta fue una tarea que se mantuvo todas las semanas. Al igual que en los autorregistros, la cantidad de Post-it® fue mayor al finalizar la intervención en comparación con la primera semana en que se asignó esta tarea. Luego de enlistar los diversos pensamientos automáticos identificados por la consultante, se agruparon por categorías, que permitieron sugerir que a estos pensamientos subyacen creencias centrales como “*no soy digna de amor*”, “*no agrado a nadie*”, “*no soy suficientemente buena*”, “*van a rechazarme y abandonarme*”. Los autorregistros permitieron un análisis funcional y topográfico, por lo que se logró evidenciar la asociación de contextos relacionados con proyectos de vida futuros, con la mayor aparición de creencias sesgadas y con la intensidad del estado de ánimo negativo experimentado. Asimismo, los contextos relacionados con los vínculos afectivos solían mostrar mayor cantidad de ideas distorsionadas, asociadas a niveles altos de malestar. Si bien, se identifica mayor cantidad de pensamientos automáticos al finalizar el proceso terapéutico, también los autorregistros muestran mayores estrategias de afrontamiento, y mayor capacidad de monitoreo de la evidencia disponible.

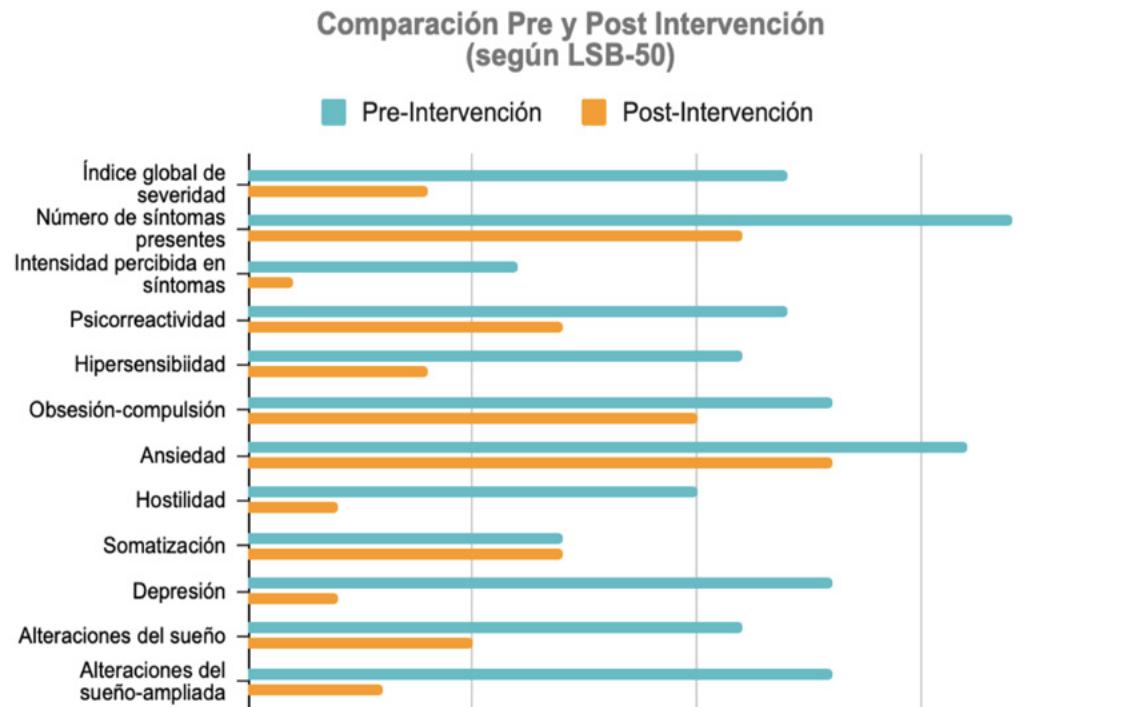
Con el autorregistro llamado “*guion de vida*” se trabajó en la disminución de la intensidad de las creencias erróneas, así como la mejor gestión de las respuestas fisiológicas y emocionales. El ejercicio de comprobación de valoraciones y búsqueda de evidencias incentivó la disminución de las creencias distorsionadas, y su nivel de gravedad.

El trabajo en *activación conductual* arrojó resultados favorables. Por ejemplo, luego de realizar la lista de actividades placenteras y productivas, la consultante seleccionó las sesiones de yoga como la actividad más placentera y viable. Esta actividad logró mantenerse durante todo el proceso de intervención, con una frecuencia de mínimo tres veces a la semana. El planeamiento de rutinas diarias permitió establecer horarios de comidas y sueño, lo cual contribuyó a que se disminuyeran los días en que se dormía tarde o se privaba de comer. Otra de las actividades que favoreció la activación conductual, fue la incorporación de la consultante en espacios de interacción social con sus amigas, así como implementar con su familia espacios para comer juntos, lo cual le hacía salir de su habitación más a menudo. También, se reportó mayor frecuencia en la realización de salidas de su casa, para realizar gestiones bancarias o en servicios de salud. La consultante, también se vio motivada a la organización y realización de un viaje fuera del país junto con dos amigas.

Respecto al incremento en el repertorio de *habilidades sociales* también evidenció mejoría. Se identificó una mejor capacidad de argumentación. La consultante lograba elaborar argumentos para falsear sus creencias erróneas y automáticas sobre su incapacidad de socializar. En este ejercicio, la consultante lograba anotar evidencia a favor y en contra de sus pensamientos automáticos. También, se identificó que, ante la aparición de una sensación desagradable, podía desarrollar un diálogo interno, que incluía autoafirmaciones relacionadas con el estado pasajero de la emoción, así, logró experimentar la sensación e interpretarla como una situación manejable.

Los ejercicios de roles y la imaginación de escenarios alternativos pusieron en práctica estrategias de monitoreo, compasión a sí misma, y valoración de respuestas de afrontamiento más adaptativo. Esto refleja la implementación de capacidades de introspección, y habilidades metacognitivas. También se favoreció la toma de posturas más flexibles y abiertas a cuestionar las creencias identificadas como erróneas.

Figura 2. Comparación de resultados en el LSB-50 antes y después de la intervención



La psicoeducación fue una técnica que apoyó la validación de la salud mental y la adhesión al tratamiento psicofarmacológico. En esta área, se involucró a los padres, con el objetivo de activar las redes de apoyo para la consultante en su proceso terapéutico.

Los episodios y escenarios identificados en los autorregistros fueron insumos para trabajar sobre la elaboración de respuestas de afrontamiento alternativas y funcionales. Para esto, se solicitó conceptualizar la situación problema, y generar respuestas y resoluciones alternativas a las planteadas inicialmente. En las primeras ocasiones, el trabajo estuvo enfocado en buscar de manera conjunta opciones para la resolución, no obstante, al finalizar el proceso, la frecuencia en la realización de este ejercicio de manera autónoma aumentó.

La comparación del LSB-50 al inicio y final del proceso, mostró un cambio en el nivel de intensidad y cantidad de sintomatología clínica reportada. Al finalizar las 10 sesiones de terapia, se reportó una disminución del índice global de severidad (percentil 20), disminución en número de síntomas presentes (percentil 55), así como menor intensidad de síntomas presentes (percentil 5). También las escalas clínicas mostraron una disminución respecto a la medición pre-intervención (ver Figura 2).

Las escalas de ansiedad pasaron del percentil 80 al percentil 65, y las de depresión bajaron del percentil 65 al 10, siendo una de las que mostró mayor disminución. Los resultados del LSB se corroboran a nivel cualitativo con la descripción reportada en el apartado de resultados del tratamiento. Respecto a los cambios a nivel de estado de ánimo, se identifica que, al inicio de la intervención, el promedio en nivel de placer experimentado oscilaba entre 3 y 5. No obstante, al finalizar el proceso, las calificaciones promedio oscilaron entre 7 y 8. De esta manera, el cambio se evidencia al observar que los promedios del nivel de placer, reportados durante el transcurso de las sesiones fueron aumentando (ver figura 1).

Limitaciones en el proceso terapéutico

Este proceso de evaluación y de intervención psicológica formó parte de un trabajo final de graduación para optar por el grado de maestría en Psicología clínica y de la salud mental. El programa de posgrado delimita a seis sesiones el proceso de evaluación clínica y a 10 sesiones el proceso de intervención terapéutica, con una periodicidad de una vez a la semana. Por tanto, tomando en cuenta que la etiología del TDP es multifactorial (Jiménez-Maldonado et al., 2013), y que la cantidad disponible para la intervención era de 10 sesiones, se priorizó el abordaje de la sintomatología que la consultante reportaba con mayor malestar.

Temas como la prevención de recaídas no contaron con espacios suficientes para desarrollarse. No obstante, es importante valorando que la tasa de recaídas es alta en casos de trastornos de depresión (Klein y Santiago, 2003). Powell et al. (2008) señalan que la reaparición de síntomas depresivos durante el tratamiento con antidepresivos es frecuente, llegando a presentar una tasa que oscila entre el 9% y el 57%. Para Cuijpers et al. (2016), un tratamiento que logre resultados efectivos en casos de depresión requiere de al menos 18 sesiones de tratamiento. Una mayor cantidad de sesiones también hubiese permitido una mejor conceptualización cognitiva del caso, en el que se lograra articular de manera sistemática y corroborar las hipótesis planteadas sobre las creencias centrales de la consultante. Asimismo, un adecuado abordaje podría tomar en cuenta mediciones en el largo plazo, para evaluar estabilidad del cambio.

Análisis final y discusión

Los resultados del presente caso corroboran la efectividad de la TCC en el abordaje de trastornos depresivos y de ansiedad (Cuijpers et al., 2016; David et al., 2018). El TDP es una condición multifactorial, que puede ser de difícil abordaje en procesos de terapia breve, no obstante, los datos de este caso exponen resultados favorables. Dichos resultados fueron mediados por el uso en técnicas con componentes cognitivos, orientadas al abordaje de las interpretaciones erróneas, el uso de autorregistros de emociones, conductas y pensamientos, técnicas de dominio y agrado, e implementación de la activación conductual orientada al trabajo con sintomatología depresiva, las cuales han mostrado efectividad en otros abordajes clínicos (Mendoza-Rincón et al.,

2021; Segovia y Benuto, 2022). Además, se destaca la importancia de combinar la terapia con otros elementos que también cuenten con evidencia de efectividad en el abordaje de trastornos depresivos, tales como la psico-farmacología, que fue coadyuvante para incentivar una percepción positiva de cambio terapéutico.

También resultó importante incorporar instrumentos para recopilar información orientada al diseño de intervenciones acorde a las particularidades de la persona consultante. Por ejemplo, en este caso el análisis funcional de la conducta permitió identificar que el iniciar la intervención con la asignación de tareas fuera del consultorio (como parte de la activación conductual) estaba resultando contraproducente, debido a que la consultante, al no lograr realizar las tareas, desarrollaba episodios de rumiación sobre su ineficacia y experimentaba emociones negativas respecto al no cumplimiento de las acciones. Por tanto, se inició con una de las características principales de la TCC, la identificación y modificación de las cogniciones que están a la base del comportamiento. Asimismo, el uso del análisis funcional de conductas permitió monitorear las frecuencias e intensidades en la sintomatología registrada, y monitorear los cambios cuantitativos y cualitativos que se reportan al finalizar el proceso.

En la intervención también se trabajó en identificar situaciones y pensamientos que detonaban el malestar y se instó a la ejecución de acciones alternativas, las cuales se asociaron con el plan de activación conductual, en el cual se monitoreaba el estado de ánimo y actividades diarias. El objetivo fue lograr que las respuestas alternativas a los pensamientos identificados dieran paso a nuevos comportamientos, los cuales se vieran reforzados ante la capacidad de la consultante para implementarlos. Esto hace que el proceso se oriente más allá de la mera disminución de frecuencias e intensidad de síntomas, y procuró la instauración de autoeficacia percibida, el aumentando de indicadores de calidad de vida, y de la actividad física. También incentivó la instauración de rutinas diarias, así como el aprendizaje de mejores pautas de resolución de problemas. Desde un enfoque de la Psicología de la Salud, se procuró incluir estrategias que permitieran a la persona asumir estilos de vida orientados a la búsqueda de salud y bienestar haciendo uso de los recursos que tiene disponible dentro de su contexto, tanto familiar como comunitario. El abordaje en habilidades sociales también favoreció que la consultante se integrara de manera óptima dentro de sus dinámicas familiares e interrelacionarse con sus pares.

El espacio de terapia también permitió identificar que muchos de los desencadenantes que aquejaban a la consultante respondían a variables socioeconómicas, culturales y coyunturales, tales como la pandemia por COVID-19; situaciones que se tornan en afectaciones en la calidad de vida, y van en detrimento de la salud. Ante esto, lo que se incentivó fue la adquisición de habilidades para saber lidiar con lo que está fuera de su control y la tolerancia al malestar.

El involucrar en el proceso terapéutico a la familia permitió extender la psicoeducación a un sistema social que funge como apoyo en los procesos de integración y sentido de pertenencia, que son tan necesarios en los casos de personas con trastornos depresivos. Otro logro identificado fue articular este proceso terapéutico con el sistema de salud público, lo cual refuerza la visión de que la salud es algo que atañe a distintas instituciones, y que es importante contar con abordajes integrales.

El abordaje supuso cambios en la tríada cognitiva, ya que se contribuyó a que la consultante mejorara la percepción de sí misma, específicamente su sentido de autoeficacia; generar dentro de sus posibilidades modificaciones de su contexto y recopilar evidencias sobre la posibilidad de un cambio en el futuro cercano.

Una de las fortalezas identificadas en el proceso terapéutico se relaciona con el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica. Es claro que el espacio clínico debe propiciar escenarios seguros y confiables para el desarrollo de aprendizajes, por lo que la persona consultante, debe sentirse en un espacio digno de confianza, donde pueda compartir los elementos más vulnerables de su experiencia de vida. Uno de los indicadores de la buena alianza terapéutica y compromiso con el proceso, se reflejó en la asistencia puntual a las sesiones y en la creciente motivación de participar en las actividades acordadas en sesión, así como el cumplimiento con las tareas.

En general los resultados identificados en el proceso de intervención logran responder al objetivo general propuesto, ya que se favoreció en la consultante la adquisición de esquemas cognitivos y repertorios conductuales que le permiten experimentar una la reducción de manifestaciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas asociadas con la depresión.

Referencias

- Abuín, M. R. y de Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25(2), 131-141.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (5ta edición). Editorial Médica.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. y Turecki G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 4-37. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives Of General Psychiatry*, 10(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy Basics and Beyond*. (2^a Ed.). Guilford Press.
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.
- Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A. y Fernández, P. S. (2009). *MMPI-2-RF: Inventario multifásico de personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*. Editorial TEA.
- Butcher, J. N., Graham, J. R, Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. y Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (4^a Ed.). TEA Ediciones.
- Caballo, V. (2007). *Manual de habilidades sociales*. Editorial Siglo XXI.
- Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica (2019). *Código de ética*. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Karyotaki, E., Reijnders, M., y Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World psychiatry*, 15(3), 245-258. <https://doi.org/10.1002/wps.20346>
- David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in psychiatry*, 9, 1-3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00004>
- De la Iglesia, G., Stover, J. B., Castro Solano, A., y Fernández-Liporace, M. (2015). Validez de constructo del LSB-50 en Adultos argentinos: validación cruzada e invarianza factorial. *Acción Psicológica*, 12(2), 43-58. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.15327>
- De Rivera, L. G. y Abuín, M. (2012). *LSB-50: Listado de síntomas breve*. Editorial TEA.
- Heim, C. y Binder, E. B. (2012). Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene–environment interactions, and epigenetics. *Experimental neurology*, 233(1), 102-111 <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2011.10.032>
- Hobbs, C., Sui, J., Kessler, D., Munafò, M. R. y Button, K. S. (2021). Self-processing in relation to emotion and reward processing in depression. *Psychological Medicine*, 53(5), 1924-1936. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003597>
- Jiménez-Maldonado, M. E., Gallardo-Moreno, G. B., Villaseñor-Cabrera, T. y González-Garrido, A. A. (2013). La distimia en el contexto clínico. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 212-218. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70008-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70008-8)
- Klein, D. N. y Santiago, N. J. (2003). Dysthymia and chronic depression: Introduction, classification, risk factors, and course. *Journal of Clinical Psychology*, 59(8), 807–816. <https://doi.org/10.1002/jclp.10174>
- Kube, T., Schwarting, R., Rozenkrantz, L., Glombiewski, J. A. y Rief, W. (2020). Distorted cognitive processes in major depression: a predictive processing perspective. *Biological psychiatry*, 87(5), 388-398. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.017>
- Martell, C., Dimidjian, S. y Herman-Dunn, R. (2013). Activación conductual para la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 35(3), 227-228.
- Mendoza-Rincón, B. M., Quiceno-Manosalva, M., Cudris-Torres, L., Alvarez-Maestre, A. y Cotrino, J. (2021). Psicoterapia basada en la evidencia en un caso de distimia y crisis de pánico. *Gaceta Médica de Caracas*, 129(1), 152-166.
- Organización Mundial de la Salud (13 de setiembre de 2021). *Depresión*. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Santamaría, P. (2017). Fiabilidad del Inventory de Evaluación de la Personalidad (PAI) en contextos chilenos y diferencias entre población general y clínica. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(2), 110-124.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2011). *Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Manual de Aplicación y Corrección e Interpretación*. Editorial TEA.
- Ostrosky, F., Gómez, E., Ardila, A., Rosselli, M., Pineda, D. y Matute, E. (2012). *Neuropsi. Atención y memoria. Protocolo de aplicación*. (2^a Ed.). Manual Moderno.
- Ostrosky-Solís, F. y Gutiérrez, A. L. (2012). Factores socioculturales en la valoración neuropsicológica. *Revisita Argentina de Ciencias del comportamiento*, 4(2), 43-50. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v4.n2.5173>
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. D. y Sudak, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s73-s80. <https://doi.org/10.1590/s1516-4446200800060004>
- Puerta, J. V. y Padilla, D. E. P. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
- Reinosa, F. A. y Benuto, L. T. (2022). A Systematic Review of Ethnoracial Participation in Randomized Clinical Trials of Behavioral Activation. *Behavior Therapy*, 53(5), 927-943. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.03.003>
- Schramm, E., Klein, D. N., Elsaesser, M., Furukawa, T. A. y Domschke, K. (2020). Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications. *The Lancet Psychiatry*, 7(9), 801-812. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30099-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30099-7)
- Segal, Z. V., Williams, J. G. y Teasdale, J. D. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Desclée de Brouwer.
- Segovia, F. A. R. y Benuto, L. T. (2022). A Systematic Review of Ethnoracial Participation in Randomized Clinical Trials of Behavioral Activation. *Behavior Therapy*, 53(5), 927-943. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.03.003>
- Wright, A. J., Chávez, L., Edelstein, B. A., Grus, C. L., Krishnamurthy, R., Lieb, R., Mihura, J. L., Pincus, A. L. y Wilson, M. (2021). Education and training guidelines for psychological assessment in health service psychology. *American Psychologist*, 76(5), 794-801. <https://doi.org/10.1037/amp0000742>

Artículo recibido: 22/02/2023

Artículo aceptado: 11/01/2024