

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
del 3 de Abril de 1981



“MODELO COMUNITARIO DE ORIENTACIÓN INTERPERSONAL GRUPAL PARA EL
MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN MÉXICO.”

TESIS

Que para obtener el grado de

DOCTORA EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Presenta

KARLA CHÁVEZ MENDOZA

Director

Dr. Edgar Antonio Tena Suck

Lectores:

Dra. Angélica Ojeda García

Dr. Efrem Milanese

Ciudad de México, 2017

Índice

	Página
Resúmen/ Abstract	i
Introducción	1
Capítulo 1: Depresión	6
1.1. Definición conceptual e implicaciones	7
1.2. Modelos etiológicos	8
1.2.1. Modelo biológico	8
1.2.1.1. Dimensión genética de la depresión	
1.2.1.1. Dimensión neurológica de la depresión	
1.2.2. Modelos psicológicos de la depresión	13
1.2.2.1. Dimensión cognitiva	
1.2.2.2. Dimensión psicosocial de la depresión	
1.2.3. Modelo interpersonal de la depresión	23
1.2.3.1. Redes sociales, apoyo social y depresión	
1.2.3.2. Dimensión transaccional (interpersonal)	
1.2.4. Modelo social de la depresión	33
1.3. Tratamientos de la depresión	39
1.3.1. Tratamientos preventivos	
1.3.2. Tratamientos de atención a la depresión	
1.3.2.1. Tratamientos basados en los modelos biológicos	
1.3.2.2. Tratamientos basados en los modelos psicológicos	
1.3.2.2.1. Psicoterapia conductista	
1.3.2.2.2. Psicoterapia cognitiva	
1.3.2.2.3. Psicoterapia Interpersonal (TIP)	
Referencias	65
Capítulo 2: Psicología Comunitaria	107
2.1. Historia de la psicología comunitaria	107
2.2. Supuestos básicos de la psicología comunitaria	110
2.3. Promotores comunitarios de Salud Mental	116
2.4. La psicología comunitaria hoy	121
2.5. El apoyo social y la psicología comunitaria	121
2.6. Medición de la efectividad en las intervenciones comunitarias	126

2.7. Programas comunitarios como una alternativa para el manejo de la depresión	129
2.7.1. Terapia Interpersonal Grupal (TIP-G) como un modelo de intervención comunitario para el manejo de la depresión	
Referencias	141
Capítulo 3: Metodología	156
3.1. Investigación cuantitativa	157
3.1.1. Objetivos	
3.1.2. Pregunta de investigación	
3.1.3. Hipótesis	
3.1.4. Variables	
3.1.5. Diseño	
3.1.6. Procedimiento	
3.2. Investigación cualitativa	163
3.2.1. Estudio 2: Promotores comunitarios de salud: Factores motivadores e impacto de la promotoría	163
3.2.1.1. Objetivos	
3.2.1.2. Pregunta de investigación	
3.2.1.3. Procedimiento	
3.2.2. Estudio 3: Evaluación del proceso de cambio durante las sesiones de OIP-G	164
3.2.2.1. Objetivos	
3.2.2.2. Procedimiento	
3.2.3. Estudio 4: Evaluación del programa OIP-G	168
3.2.3.1. Objetivos	
3.2.3.2. Preguntas de investigación	
3.2.3.3. Procedimiento	
3.3. Procedimiento de la investigación	171
3.3.1. Primer momento: Identificación de promotores comunitarios de salud mental	
3.3.2. Segundo momento: Capacitación de promotores comunitarios en el modelo OIP-G y reclutamiento de participantes	
3.3.3. Tercer momento: Impartición de la intervención	
3.3.3.1. Impartición de la intervención	
3.3.3.2. Supervisión y seguimiento a promotores comunitarios	
3.3.4. Cuarto momento: Seguimiento de los participantes y promotores comunitarios de salud mental	
3.4. Consideraciones éticas	182
Referencias.....	182

Capítulo 4: Resultados.....	185
4.1. Características de la población: Estadísticos descriptivos	185
4.2. Resultados estudio 1: Investigación Cuantitativa	189
4.3. Resultados estudio 2: Factores motivadores e implicaciones de la promotoría ...	193
4.4. Resultados estudio 3: Evaluación del proceso de cambio durante las sesiones de OIP-G	206
4.4.1. Enfoque en momentos innovadores (MI) como método de análisis de cambio	
4.4.2. Factores Terapéuticos grupales y variables de la Terapia Interpersonal	
4.5. Resultados estudio 4: Evaluación del programa de intervención OIP-G	246
Referencias	261
Capítulo 5: Discusión y Conclusiones	274
Conclusiones	190
Limitaciones y sugerencias	293
Referencias	297

Lista de Tablas

	Página
Tabla 4. 1. Características sociodemográficas de los participantes	186
Tabla 4. 2. Características clínicas de los participantes	187
Tabla 4. 3. Número y flujo de eventos de Momentos Innovadores por sesión	213
Tabla 4. 4. Factores terapéuticos grupales	235
Tabla 4. 5. Análisis temático experiencia en el grupo de OIP	247

Lista de Figuras

	Página
Fig 1. 1. Modelo 1 Depresión por desesperanza.	16
Fig 1. 2. Modelo 2. Depresión por desesperanza.	16
Fig. 1. 3. Vulnerabilidad y efecto transaccional de los determinantes sociales	36
Fig. 1. 4. Cuadro tratamientos depresión	39
Fig. 3. 1. Procedimiento de la investigación	171
Fig. 4. 1. Flujo y muerte experimental de los participantes	188
Fig 4. 2. Puntuaciones obtenidas en las medidas de depresión	190
Fig. 4.3. Puntuaciones obtenidas en las medidas de depresión, apoyo social y autoeficacia en el pretratamiento, postratamiento, seguimiento a tres meses y seis meses	192
Fig. 4. 4. Temas clave grupo promotoras de salud	195
Fig.4. 5. Relación de Momentos Innovadores y con el efecto de la intervención	208
Fig. 4. 6. Modelo heurístico de los MI dentro de la evolución terapéutica	214
Fig. 4. 7. Número de Momentos innovadores por participante y distribución por sesiones	217
Fig. 4. 8. Mecanismos de IPT que promueven los MI	233
Fig. 4. 9. Matriz de adyacencia Factores terapéutico grupales y variables OIP-G	234
Fig. 4. 10. Factores grupales por sesión	236

Lista de Anexos

	Página
Anexo A Cuadro comparativo de estudios.	304
Anexo B Escala de Hamilton (Hamilton, 1960, 1967).	305
Anexo C Escala de apoyo social para adultos (Palomar, Matus & Victorio, 2013).	308
Anexo D Escala de Auto-Eficacia Generalizada (Judith Bäbler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993).	309
Anexo E Escala de adherencia al modelo interpersonal (Stuart, 2011).	310
Anexo F Manual de Intervención en Orientación Interpersonal Grupal.	315
Anexo G Consentimiento informado promotoras de salud.	380
Anexo H Guía de tópicos entrevista focal Promotores comunitarios de salud.	382
Anexo I Entrevista de entrada/diagnóstica Proyecto Modelo Interpersonal Comunitario para depresión.	383
Anexo J Consentimiento informado participantes.	386
Anexo K Consentimiento informado promotores comunitarios del grupo de Orientación Interpersonal Grupal.	388
Anexo L Proceso de cambio por participante.	390
Anexo M Guía de entrevista Post intervención dirigida a personas que concluyeron el programa.	415
Anexo N Guía de entrevista post intervención dirigida a los participantes que abandonaron el grupo.	416

Resumen

La depresión es el tercer problema de salud mental más prevalente en México. Sin embargo, los recursos profesionales son escasos y hacen falta tratamientos empíricamente comprobados. Este proyecto busca valorar la viabilidad de una intervención comunitaria utilizando un modelo de Orientación Interpersonal Grupal impartido por promotores comunitarios. Se diseñó un modelo manualizado para llevarse a cabo en tres grupos de participantes viviendo con depresión en el Pueblo de Santa Fe, Ciudad de México. Los resultados se valoraron por medio de una metodología mixta. En primer lugar, se entrevistó a promotores comunitarios para conocer sus motivaciones, así como el impacto de la promotoría en sus vidas. Para los participantes, se evaluaron las variables de autoeficacia, depresión y apoyo social por medio de inventarios previo al tratamiento, en la semana 12, tres y seis meses posteriores a la intervención. Para valorar el proceso de cambio se identificaron los Momentos Innovadores y los factores terapéuticos grupales asociados al mismo por medio del análisis de la narrativa de la totalidad de las horas de intervención. Finalmente, se entrevistó a los participantes para conocer su experiencia en el grupo. Los datos cuantitativos mostraron una mejoría significativa en la variable de depresión, más no así en apoyo social y autoeficacia. Los resultados de la investigación cualitativa mostraron efectos positivos en la narrativa de los participantes, así como una mejor calidad en sus redes interpersonales y sentimiento de competencia ante el medio. El modelo de orientación interpersonal parece viable para ser impartido por promotores comunitarios mostrando efectos positivos tanto para los participantes como los mismos voluntarios. Se proponen adaptaciones para proyectos comunitarios futuros de trabajo con depresión y el uso de promotores comunitarios, incluyendo incrementar el número de la muestra y utilizar un diseño experimental.

Palabras clave: *Depresión, Orientación Interpersonal, Grupal, Psicología Comunitaria*

Abstract

Depression is the third most prevalent mental health problem in Mexico. However, professional resources are scarce and empirically based treatments are lacking. This project evaluated the feasibility of a Group Interpersonal Counseling model to be delivered by community workers. A manualized treatment was designed to be delivered to three different groups of people living with depression in Santa Fe, Mexico. The impact was measured using a mixed methodology. First, a focused interview was used to recognize the motivations and impact of community work in the personal lives of eight present-day volunteers. For the participants of the Interpersonal Counseling Group, a quantitative assessment of the variables self-efficacy, depression and social support was directed at baseline, week 12; three months and six months after the conclusion of the group. Additionally, both Innovative Moments and group therapeutic factors were identified inside the sessions through a narrative analysis methodology to evaluate the process of change. Finally, participants from the good and poor outcome groups were interviewed at the conclusion of their attendance to learn about their experience. Quantitative data showed a significant recovery from depressive symptoms, but not on the self-efficacy and social support measurements. Qualitative findings showed positive trajectories in individual narratives, improvement in interpersonal networks, and perceived coping abilities through identified techniques and group therapeutic factors. The Group Interpersonal Counseling model seems feasible to be delivered by community workers, showing positive effects for both participants and volunteers. Adjustments and recommendations are proposed for future empirically based community projects for depression through community volunteers, including increasing the number of participants and using an experimental design.

Keywords: *Depression, Interpersonal Counseling, Group, Community Psychology*

Introducción

De entre la totalidad de las llamadas psicopatologías, la depresión es la que más prevalencia tiene a nivel internacional (Jablensky, 1987) y la tercera en relevancia a nivel nacional (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora, Lozano, 2005). Además, es una de las condiciones humanas que se viven con mayor sufrimiento (Greenberg, Stiglin, Finkelstein, & Berndt, 1993), lo que explica sus altos índices de estrategias de afrontamiento y evitación ineficaces como lo son el uso de sustancias, alcoholismo y suicidio (Sandoval & Richard, 2005). Sin embargo, en nuestro país, así como en otros países en vías de desarrollo, los recursos profesionales son limitados para dar servicio a todos los individuos que lo padecen (González-Salvador, 2005). Aunado a esto, aquellos recursos profesionales existentes se encuentran fuera del alcance de las personas de escasos recursos económicos o viviendo en comunidades marginadas tanto urbanas como rurales (González, 2005; Medina-Mora, et al. 2003). Para agravar las cosas, la gran mayoría de éstos no basan sus estrategias de apoyo en modelos empíricamente comprobados (Benito, 2009; Berenzon, Alanís, & Saaverdra, 2009; Sanchez- Sosa, 2007).

Si consideramos que desde una perspectiva social las personas viviendo en situación de pobreza, marginación y discriminación se encuentran en mayor riesgo de padecer depresión por factores asociados como estrés familiar, desempleo, estrés psicosocial, discriminación, entre otros (Patel & Kleinman, 2003; Secretaria de Salud, 2001), entonces resulta paradójico que sea quienes menos acceso tienen a una atención eficaz, pero, sobre todo, efectiva (Verdeli, 2008). Por otra parte, los recursos sociales se han vinculado a la capacidad de hacer frente a los estresores sociales (Cohen & Willis, 2005) y en comunidades urbanas, esta parece estarse perdiendo ante el crecimiento poblacional y la cultura de la modernidad (Russell & Edgar, 1998).

Es de esta forma, que se valoró apremiante buscar la viabilidad de un modelo de atención costo-eficiente para el apoyo a personas que padecieran depresión en una comunidad urbano marginal en la que los recursos profesionales son insuficientes para la atención a ese padecimiento (González, 2005; Medina-Mora, et al. 2003). Más aún, se consideró particularmente necesario dar respuesta a este problema desde la misma comunidad y usando los recursos provenientes de ésta para promover un proyecto autosustentable y autogestivo que, en yuxtaposición con el sentido de indefensión individualizada en la depresión (Haefel & Mathew, 2010) y generalizada en comunidades marginalizadas (Gracia-Fuster, 2011), empoderara o incrementara los niveles de autoeficacia.

Así, al haber estudiado el modelo de Terapia Interpersonal en el contexto comunitario, hubieron cuatro cualidades que lo hicieron particularmente preferible sobre otros: En primer lugar, el ser un modelo empíricamente comprobado para el manejo de la depresión de acuerdo a varios ensayos clínicos y estudios metaanalíticos (Cuijpers, Geraedts, van Oppen, Andersson, Markowitz, van Straten, 2011; Elkins, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, et. al, 1989; De Mello, Mari, Bacatchik, Verdeli, & Neugebauer, 2004; Hollon, & Ponniah, 2010; Weissman, 2006); en segundo lugar, al ser un proyecto comunitario y autogestivo, se volvió considerable su cualidad de ser entrenable (Markowitz, 2003; Verdeli, et al., 2003), dado los buenos efectos que había ya presentado en intervenciones realizadas por medio de promotores comunitarios comunitarios. Como tercer punto, al ser un modelo “prestado” de los norteamericanos, consideramos relevante su afinidad a los valores sociales mexicanos; es decir, ser congruente con la cualidad colectivista de nuestra cultura mexicana (Comas-Díaz, 2006; Perez, 1999; Roselló & Bernal, 1999). Y finalmente, de modo paralelo más complementario al anterior, su cualidad interpersonal, en donde se rescata la relevancia del apoyo social en el desarrollo individual y social (Acuña & Bruner, 2009; Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). Esto último parecía hacerlo el modelo psicológico de atención a depresión más congruente con los fines de las intervenciones en psicología comunitaria (Abril-Chambo, 1997; Canning, 2011; Neal & Christens, 2014).

Una vez habiendo identificado el problema y elegido el modelo, el resto del proyecto pareció cobrar sentido en sí mismo: elegir y capacitar a los promotores comunitarios comunitarios y seleccionar a los participantes que formaran parte de los grupos para evaluar su experiencia de modo cuantitativo y cualitativo. Para lograr el primer paso: la elección de los promotores comunitarios comunitarios, llevamos a cabo un primer estudio (cronológicamente, segundo estudio en esta tesis), que pretendió conocer las motivaciones de los promotores comunitarios y el impacto que este rol había tenido en sus vidas. Por medio de una entrevista focal encontramos que el papel de la promotoría habiendo sido motivado por factores directos de afrontamiento a la patología de modo personal o familiar, generó un ensanchamiento en el sentido del self de los mismos voluntarios y un incremento significativo en sus roles sociales y sus redes interpersonales, mostrando ser un rol no sólo factible, sino deseable para los miembros de la comunidad.

Luego de haber elegido y capacitado a los promotores comunitarios, y habiendo formado los grupos y llevado a cabo las intervenciones. Un segundo momento, en términos del proyecto de investigación, era responder a la pregunta: ¿Es viable un modelo de Orientación Interpersonal Grupal impartido por promotores comunitarios de salud mental con entrenamiento expofeso para el manejo de la depresión? Con el fin de responder a esto de modo integral se realizaron otros tres estudios.

El primer estudio, un acercamiento a una valoración cuantitativa persiguió tres objetivos: calcular el impacto de la intervención sobre las variables de depresión, autoeficacia, y apoyo social. Los resultados obtenidos fueron optimistas en términos de depresión, encontrando una disminución sintomatológica significativa entre los participantes del grupo al final de las doce semanas de intervención y manteniendo los cambios tres y seis meses posteriores a la misma. En las medidas de apoyo social y autoeficacia no se comprobó la prueba de hipótesis; es decir, no encontramos suficiente evidencia para corroborar nuestra hipótesis: que existiría un aumento significativo en las medidas de autoeficacia y apoyo social luego de las doce semanas de intervención. Sin embargo, en la sección de discusión y conclusiones se presentan diversos argumentos que buscan dar una explicación parsimoniosa a dichos resultados.

Para el tercer y cuarto estudio del presente proyecto se utilizó una metodología cualitativa. En el tercero, se hizo uso del método narrativo para el análisis del proceso de cambio de los participantes a partir de la identificación de momentos innovadores (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009) y su movimiento a lo largo de las doce sesiones. En este, se identificaron los desplazamientos en el discurso de los participantes desde una narrativa problemática frente a una posición con un locus de control externo, a un locus de control interno y flexibilidad discursiva evidenciada en un movimiento cognitivo, afectivo y conductual en los niveles de acción, reflexión, protesta, reconceptualización y desarrollo del cambio. De modo consistente con la teoría (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012) estos trayectos narrativos se revelaron, particularmente en aquellos individuos con resultados positivos.

Siendo una intervención grupal y debido a la relevancia que se dió a lo largo de la tesis a los nodos interpersonales, se rescataron en este mismo estudio, los factores terapéuticos grupales descritos por Yalom (1995) que tuvieron un papel en los modos de interacción de los participantes, el desarrollo de habilidades sociales, su percepción de apoyo social y los resultados obtenidos en el proyecto en general.

Finalmente, siendo este un proyecto comunitario y consistente con la filosofía del mismo, a decir, romper con los modos hegemónicos de investigación que descartan la visión del beneficiario en la valoración de la factibilidad del modelo, se realizó en un cuarto estudio un análisis fenomenológico que diera luz a la experiencia vivida por los participantes durante las 13 semanas de intervención. A través de entrevistas semiestructuradas a seis de los participantes se comprendió la manera en la que la intervención fue percibida y algunos de los obstáculos presentados para su desarrollo óptimo. De los entrevistados, dos habían sido parte y abandonado los grupos que se disolvieron previos a las trece sesiones, enriqueciendo así la información del proyecto y la resolución de su objetivo principal. Con base en estos datos se detallaron en este proyecto algunas observaciones, limitaciones y sugerencias para proyectos futuros en dos vertientes: en el desarrollo del proyecto desde su dimensión logística/práctica a las características deseables de los promotores comunitarios, cuyo rol se descubrió fue fundamental en el éxito del estudio.

El contenido del presente trabajo se desarrolla a lo largo de cinco capítulos. En el primero se aborda el tema de Depresión, su definición conceptual y los diferentes modelos etológicos que han buscado explicar su origen. Desde una conceptualización del ser humano como un ser bio-psico-social, estos se desarrollan desde los modelos biologicistas, las bases psicológicas: desde la perspectiva cognitiva hasta la psicosocial o basada en la teoría de los apegos. Esta última da entrada a las teorías interpersonales que integran la cualidad transaccional de la depresión, en la que se le devuelve responsabilidad al sujeto deprimido frente a su medio hostil. En contraposición con la anterior, se presenta también el modelo social de la patología, que toma en cuenta a los determinantes sociales como factores de riesgo para el desarrollo o mantenimiento de un síndrome identificado usualmente de modo individual. Finalmente, se concluye el capítulo desarrollando en los diferentes modelos psicológicos de tratamiento poniendo especial énfasis en la Terapia Interpersonal, en la que se basa esta propuesta.

El segundo capítulo trata de la psicología comunitaria, desde su origen latinoamericano como en Estados Unidos, pasando por un listado de sus supuestos básicos y los modelos aplicativos actuales, para llegar al rol que juega el apoyo social en general y la evidente consonancia entre la filosofía y objetivos de la psicología comunitaria y aquella de la Terapia Interpersonal utilizados en contextos marginalizados.

El capítulo tres explica la metodología del proyecto, desglosando los cuatro estudios a partir de sus objetivos particulares y su propia metodología en la búsqueda de que integrados logren dar respuesta a la pregunta de investigación. Por último se hace un detalle del procedimiento que siguió esta tesis de modo cronológico con el fin de dar espacio a la replicabilidad. Objetivo final de este proyecto de tesis.

En el quinto capítulo se presentan los resultados de los cuatro estudios, comenzando por una especificación de las características demográficas de los participantes para pasar al análisis de los datos de cada uno de los estudios, de forma cuantitativa como cualitativa. Cada uno de los resultados se expone en apartados diferentes, haciendo uso de las técnicas metodológicas apropiadas para cada estudio.

Es finalmente en el capítulo quinto en el que se presenta una integración de los resultados de los cuatro estudios en la discusión y conclusiones. A demás, este capítulo incluye las limitaciones encontradas, así como propuestas futuras en temas de intervenciones comunitarias para el manejo de depresión, poniendo especial énfasis en el rol de los promotores comunitarios desde sus fortalezas hasta las áreas de oportunidad que deberán ser consideradas desde la planeación hasta la implementación de los proyectos sociales.

Capítulo 1

Depresión

Si bien el tema de la depresión ha sido estudiado ampliamente, el siguiente capítulo busca hacer una revisión del estado del arte actual. Hablar de la depresión desde una visión ecológica consistente con una visión holística del ser humano considera entender al individuo que padece este trastorno desde una experiencia individual con explicaciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales. El análisis de la depresión en este trabajo incluye una aproximación ecológica que comienza desde un entendimiento del ser humano y su funcionamiento biopsicológico hasta la comprensión de la interrelación existente entre éste y el contexto físico, social y macropolítico que lo rodea. Sin embargo, este proyecto se enfocará principalmente en un marco de referencia interpersonal, mismo que se relacionará con la vulnerabilidad, el punto de inicio de la misma, así como la percepción subjetiva que se tenga de este padecimiento una vez que se viva, su mantenimiento y su posible recuperación. Y es en esta última en la que centra su objetivo el presente proyecto de investigación.

Por lo anterior, el presente capítulo sigue una línea de desarrollo que inicia en un abordamiento del trastorno en sí mismo, para pasar a un entendimiento de las implicaciones personales y sociales, que justifiquen su continuo estudio y relevancia. Más adelante, se expondrán los modelos etiológicos más relevantes de la depresión, que pretenden dar explicación al fenómeno, su inicio y su mantenimiento, y sobre todo, a comprender al individuo que padece este trastorno, los factores que lo pusieron en riesgo o que lo hicieron vulnerable al mismo. Las explicaciones expuestas integran el modelo biológico, desde un estudio genético y neuropsicológico; el modelo psicológico, desde un abordamiento cognitivo, de apego e interpersonal, procurando dar luz a los factores psicológicos que hacen a un individuo vulnerable para padecer el trastorno al tiempo que pretenden dar guía a factores potenciales protectores; por último, se detalla el modelo social de la depresión, que integra los determinantes sociales de salud mental, es decir, los factores de riesgo que exponen a ciertas comunidades a padecer enfermedades mentales en general y depresión en particular con mayor incidencia o alcance. Esta última nos dirige de modo automático al capítulo posterior, que elabora en los tratamientos de depresión, particularmente el de orientación social-comunitario, procurando abordar de modo holístico a todos los factores evaluados en el presente capítulo.

1.1. Definición conceptual e implicaciones

La depresión es el trastorno mental más común a nivel mundial en países industrializados (Jablensky, 1987). Se define como un trastorno, síndrome o síntoma caracterizados por un estado de ánimo melancólico, aunado a cogniciones abatidas y desmoralizadas y desesperanzadas de sí mismo, del otro y del mundo, que invaden el funcionamiento de la persona en sus diferentes contextos (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora, Lozano, 2005). El Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (DSM-5, 2013), describe a la depresión como un síndrome que se caracteriza fundamentalmente por humor deprimido o pérdida del placer o interés, aunado a una serie de síntomas como 1) una pérdida o ganancia significativa de al menos un cambio del 5% de peso en un lapso de un mes; 2) insomnio o hipersomnia casi todos los días; 3) agitación o retraso psicomotor casi todos los días observable por otros; 4) falta de energía casi todos los días; 5) sentido de minusvalía o culpa excesiva casi todos los días que sobrepasa el autoreproche o la culpa por encontrarse enfermo; 5) habilidad empobrecida para concentrarse o indecisión; y 6) pensamientos recurrentes de muerte. Cinco de estos se deben presentar al mismo tiempo durante un lapso de tiempo que representa una modificación al nivel de funcionamiento previo de la persona y causan distrés significativo en la persona (pp. 180-181).

Las consecuencias de la depresión se encuentran relacionadas a problemas médicos y sociales: La depresión se ha asociado de manera significativa alrededor del mundo con el decremento de años saludables (Desjarlais, Eisenberg, Good, & Kleinman, 1995). La investigación ha demostrado la relación que existe en la pérdida de salud física, productividad y calidad de vida en general (Ruiz, Colín, Corlay, Lara, & Duenas, 2007; Verdugo & Marín, 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005). Actualmente alrededor de 350 millones de personas sufren depresión, oscilando entre el 3.3 y el 21% de prevalencia de acuerdo a la muestra (Kessler, Angermeyer, Anthony, De Graaf, Demyttenaere, Gasquet, 2007). En el año 2005, la OMS, hacía un estimado de 121-150 millones de personas alrededor del mundo padecían depresión. Más aún, a pesar de que hace una década cuando era la cuarta causa de discapacidad se proyectaba que será para el 2020 la segunda solo antecedida por problemas coronarios (Murray & López, 1996). La Organización Mundial de la Salud reporta que ya ha pasado a los accidentes automovilísticos, las enfermedades cerebro-vasculares y los problemas isquémicos en años de discapacidad tanto en países en desarrollo como en países industrializados (OMS, 2008).

De la misma forma, la evidencia sugiere que casi 76% de los pacientes que sufren depresión reportan síntomas físicos dolorosos que relacionados a una reducción en la calidad de vida, como lo son dolores de cabeza, abdominales, de espalda, entre otros (Ruiz, Colín, Corlay, Lara, & Duenas, 2007). Existe una relación entre este padecimiento y la respuesta inmunológica disminuida, así como un incremento en enfermedades somáticas, enfermedad de Alzheimer, fracturas óseas, Parkinson, diabetes y enfermedades coronarias (Whooley, Jonge, Vittinghoff, Otte, Moos, Carney, ... & Browner, 2008), así como la progresión acelerada de estos padecimientos o el enlentecimiento en su recuperación (Burvill, Johnson, Jamrozik, Anderson, Stewart-Wynne & Chakera, 1995; Gallo, Rabins, & Ilife, 1997; Wagner, Gallo, & Delva, 1999).

El efecto bilateral de la depresión y trastornos somáticos es relevante y ha mostrado ser exacerbada en pacientes con padecimientos médicos por factores como la misma pérdida de salud, dolor asociado a ésta, fatiga y complicaciones secundarias al tratamiento; la pérdida de independencia asociada a una enfermedad física; el aislamiento generado por ésta, así como la incapacidad de negociar nuevos roles dentro del hogar, con los familiares derivados de necesidades médicas y pérdida de capacidades físicas y motoras (Bowden, Fitzgerald, Piamjariyakul, Werkowitch, Thompson, Keighley, et al., 2011). Mokdad, Marks, Stroup, & Gerbendig (2000) estudiaron la relación entre la depresión y las muertes innecesarias en Estados Unidos y encontraron que casi el 50 por ciento de ellas se pudieron haber prevenido de haberse tratado de manera adecuada la depresión. Estas muertes prevenibles incluían aquellas asociadas al uso de tabaco, problemas nutricionales y estilos de vida sedentarios, uso de alcohol, sustancias tóxicas y drogas ilícitas, infecciones, accidentes automovilísticos, conductas sexuales de riesgo y uso de armas de fuego. Lo anterior explica que el 10% de los pacientes que se presentan en los servicios de salud padezcan de esta enfermedad (Craven & Bland, 2013). Sin embargo, la depresión no se ha vuelto prioritaria dado que en sí misma no está relacionada directamente a mortalidad (Patel, Araya, & Bolton, 2004).

1.2. Modelos etiológicos.

A pesar de que la depresión ha sido identificada y estudiada por los últimos 2000 años, las causas definitivas de su etiología aún no terminan por definirse y siguen siendo disputadas (Gilbert, 2004); sin embargo, el entendimiento actual es que es un trastorno multifactorial, con un origen bio-psico-social que se interrelaciona dando pie al síndrome depresivo. Independientemente de su fundamento empírico, se postula la necesidad de brindar explicaciones

causales al trastorno con el fin de disminuir la estigmatización que provocan las conductas y cogniciones características del trastorno; empero, se ha postulado que las mismas explicaciones pudieran disminuir el nivel de autoeficacia de quienes lo padecen, principalmente aquellas que postulan una posición de desbalances químicos (Deacon & Baird, 2009). Al mismo tiempo, autores como Kendler, Myers y Halberstadt (2011), sostienen que existe una posición filosófica basada en una trampa de significados, ya que no dejamos de mantener una posición subjetiva ante lo que nos parece comprensible para sustentar posiciones aparentemente objetivas que nos den razón de padecimientos como la depresión. Es decir, que una vez que entendemos las razones que pudieran llevar a la depresión las desvinculamos de planteamientos causales objetivos que sostengan la etiología de la depresión. De cualquier forma, se entiende que la depresión está causada por factores complejos y multifactoriales, incluyendo los que se presentan a continuación.

1.2.1. Modelo biológico. Desde los modelos biológicos existen diversos postulados teóricos que apuntan hacia los siguientes temas: genéticas, neuropsicológicas y endocrinológicas. Estas dimensiones dan causa a la diferenciación interindividual y de géneros en la manifestación, severidad, y pronóstico del síndrome depresivo.

1.2.1.1. Dimensión genética de la depresión. Los estimados de heredabilidad de la depresión figuran en los .37 (es decir 37%), y los índices de recurrencia así como apariciones tempranas se incrementan en relación a los agregados familiares (Roetker, Page, Yonker, Chang, Roan, Herd, et al., 2013; Wray, Pergadia, Blackwood, Penninx, Gordon, Nyholt, et al., 2012). Sin embargo, en un estudio meta analítico de genomas sin precedentes que analizó a 2431 sujetos con trastorno depresivo y 3673 controles encontraron que no se sostiene una diferencia significativa en variaciones genéticas, aunque de forma moderada se asociaron genes como el galanine neuropéptido que inhibe la función de las células dopaminérgicas, inhibiendo niveles de motricidad e incrementando la anhedonia, asimismo, tiene una regulación de la transmisión de serotonina y 5-HT1A y en el procesamiento cognitivo del hipocampo. Otro gen que pudiera estar asociado es el ADCY3, relacionado con mermas en la actividad ADCY, característica de los pacientes con depresión. Y por último el CACNA1C, asociado también a fenómenos como el trastorno bipolar y la esquizofrenia (Wray, Pergadia, Blackwood, et al., 2012). En los estudios de GWA por sus siglas en inglés (Genome Wide Association), al desarrollo del trastorno depresivo únicamente el SLC6A15, transportador neutral aminoácido rs1545843 ha sido encontrado

vinculado a la depresión, pero sin encontrar significancia estadística que explique el total de la varianza causal (Roetker, Page, Yonker, et al., 2013).

Otro modelo genético postula que la depresión se hereda por medio de la transmisión intergeneracional del gen *CNR1*, localizado en el cromosoma 6 expresado en el sistema límbico y en la amígdala, relacionado con el sistema endocannabinoide de regulación emocional (Mitjans, Serretti, Fabbri, Gastó, Catalán, Fañanás, et al., 2013). De acuerdo a estos autores, este sistema está relacionado con el eje hipotalámico-pituitario adrenal relacionado a la respuesta ante estrés.

Existen dos hipótesis prevalentes en el modelo genético de la etiología de la depresión: el modelo de deficiencia de monoaminas y la hipótesis de estrés de la depresión (Andrus, Blizinsky, Vedell, Dennis, Shukla, Schaffer, et al., 2012). El primero postula que la etiología de la depresión deviene de una deficiencia en neurotransmisores de la monoamina como lo son la serotonina, norepinefrina y dopamina. Sin embargo, estos modelos han sido rebatidos últimamente ya que explican únicamente una pequeña parte de la varianza en el inicio de esta enfermedad o incluso lo desvinculan de modo drástico (Angoa-Pérez, Kane, Briggs, Herrera-Mundo, Sykes, Francescutti, & Kuhn, 2014). El modelo de estrés de la depresión, por su parte, sostiene que las alteraciones están relacionadas con el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Algunas investigaciones incluso afirman que ambas funcionan con mecanismos moleculares independientes; es decir, que la depresión endógena y aquella que se dispara en respuesta al estrés tienen vías moleculares distintas, potenciales manifestaciones diferenciales y por lo mismo merecieran un tratamiento desigual. Esto pudiera explicar, asimismo, una resiliencia ante los efectos del estrés y la indefensión aprendida por algunos sujetos frente a situaciones persistentemente adversas (Andrus, Blizinsky, Vedell, et al., 2012).

Lo anterior sostiene más una postura fenotípica al estudio de la depresión en donde variables ambientales se deben integrar para el estudio de la etiología depresiva. Esto podría explicar la falta de evidencia que ha presentado en los últimos años el modelo puramente genético. El estudio metaanalítico realizado por Uher y McGuffin en 2010 evalúa investigaciones que afirman que el largo del polimorfismo del gen transportador de la serotonina (5-HTTLPR) modela la relación gen-depresión, en donde un alelo corto se vincula a una atención sesgada hacia estímulos aversivos y peligrosos y una mayor reactividad al cortisol generado frente eventos estresantes (Uher & McGuffin, 2010), siempre que esta se dé en una edad temprana y en situaciones de maltrato infantil (Brown, Ban, Craig, Harris, Herbert, & Uher, 2013). Es decir, el

alelo corto en el gen 5-HTTLPR en interacción con maltrato infantil pudiera predisponer a un sesgo de atención que dé lugar a una sensibilidad para eventos estresantes que hagan vulnerable a un individuo para presentar depresión crónica en la vida adulta (Patten, 2012). A esto se le conoce como neuroplasticidad, o la capacidad de modificar las estructuras cerebrales a partir de la exposición a ciertos eventos ambientales (Mulinari, 2012). Lo anterior se mantiene en diferentes estudios, presentando una excepción en estudios realizados a adolescentes hombres que se encuentran en situaciones adversas (Uher & McGuffin, 2010), lo que argumenta la necesidad de mantener vigente un modelo de desarrollo que explique los determinantes protectores y de vulnerabilidad en ciertos estadios del desarrollo.

1.2.1.2. Dimensión neurológica de la depresión. Desde la década de los sesentas se ha vinculado la depresión con funciones de neurotransmisión, en particular las monoaminas, que incluyen las catecolaminas, noradrenalina, indoleamina o la más conocida, serotonina (5-hydroxytryptamine, 5-HT) (Mulinari, 2012). Sin embargo, se ha encontrado que el rol que juegan las monoaminas es insuficiente para producir los cambios observados en el trastorno depresivo, por lo que se ha sugerido que el sistema gabaérgico GABA pudiera jugar un papel fundamental que de causa a los cambios cognitivos, afectivos, neuroanatómicos y de modificaciones fenotípicas (Sanacora, Gueorguieva, Epperson, Wu, Appel, Rothman, 2004). Al menos esto es lo que se ha encontrado en el trabajo con ratas, en donde la administración de psicofármacos antidepresivos actúa de modo indirecto contrarrestando las deficiencias en el sistema GABA (Luscher, Shen, & Sahir, 2011).

El sistema GABA juega una función crucial en la maduración neuronal, así como en el control del hipocampo, por lo que sus déficits están relacionados con mayores reacciones ante situaciones estresantes y respuesta de alarma (Luscher, Shen, & Sahir, 2011). Desde el modelo animal, se ha encontrado que la calidad de cuidado que da la madre a sus crías, valorada por la calidad de cuidado, lamidas y cercanía física está relacionado con un mejor funcionamiento del sistema gabaérgico en la rata en edad adulta, por lo que se sugiere que el funcionamiento de este sistema neuronal asociado a las reacciones ansiosas y depresivas en la adultez pudieran tener una etiología temprana que implique una modificación fenotípica en este sistema (Caldji, Diorio, & Meaney, 2003). De la misma manera, se sugiere que una hiperactividad del Hipotálamo Pituitario Adrenal (HPA) ha sido postulado como causal de la depresión en diversas investigaciones (ver Lamers, Vogelzangs, Merikangas, de Jonge, Beekman, & Penninx, 2013).

para un estudio metaanalítico); sin embargo, este pareciera jugar un papel fundamental únicamente en el subtipo melancólico de la depresión, y no en los subtipos atípicos. Estas diferencias también se han encontrado en los patrones de sueño y menores tamaños de onda en el subtipo melancólico (Antonijevic, 2008) lo que fundamenta la postura de que hay diferencias etiológicas que subyacen las diversas presentaciones del trastorno. Los estudios que hablan de una patogénesis hormonal de la depresión también sostienen que existen diferentes subtipos de depresión, uno de ellos muy bien diferenciado siendo la depresión reproductiva aquella relacionada al incremento de vulnerabilidad de depresión en mujeres, particularmente en hitos reproductivos como lo son la premenstruación, la perimenopausia y la menopausia, en donde el estradiol y la progesterona interactúan con el sistema serotoninérgico (Payne, Teitelbaum & Joffe, 2009), al tiempo que el estrógeno se presenta como un efecto antidepresivo al interactuar con la noradrenalina (Vega-Rivera, López-Rubalcava, Paez-Martínez, Castro, & Estrada-Camarena, 2013)

Por otro lado, se ha encontrado evidencia respecto al proceso inmuno inflamatorio, aunado al estrés oxidativo y nitrosativo (O&NS) (Anderson, Berk, Dean, Moylan, & Maes, 2014), que regula la producción de catabolitos de triptofan (TRYCATs), relacionado a la disminución de serotonina, melatonina, y nacetylserotonina, implicados de modo directo a la depresión. Los autores que defienden estas investigaciones, promueven nuevos tratamientos como el ácido acetilsalicílico, N-acetylcysteine (NAC), o alimentos altos en antioxidantes como frutas, verduras, curcumino, tumeric, resveratrol, quercetin, y té verde (Anderson, Berk, Dean, Moylan, & Maes, 2014).

Las teorías acerca de variaciones neuro-endócrinas asociadas a la depresión se extienden actualmente para incluir al sistema glutamatergico en el hipocampo (Gómez-Galán, Bundel, Van Eeckhaut, Smolders, & Lindskog, 2013), que da una explicación a la relación cognitiva y emocional que se presenta durante el trastorno, principalmente los déficits encontrados en aprendizaje, memoria y concentración. Se puede mencionar también los estudios que hablan del rol que juegan las orexinas (hipocretinas), situadas en el hipotálamo y relacionadas con placer, sueño, recompensa, estrés, y alimentación, todos los anteriores parte de la presentación sintomatológica del trastorno. La evidencia hasta ahora sugiere mecanismos fisiopatológicos al mostrar hipoactividad e hiperactividad del señalamiento orexinérgico en personas con depresión, probablemente sugiriendo la misma variabilidad del trastorno (Nollet & Leman, 2013). Otras

teorías hablan del rol de una disminución en los niveles 25-hydroxyvitamin D, aquella relacionada a la exposición al sol (Jaddou, Batieha, Khader, Kanaan, El-Khateeb, & Ajlouni, 2012). Estas propuestas, si bien han sido analizadas principal o únicamente en modelos animales, dan pie a avances significativos en el estudio de observaciones preliminares que eventualmente se pudieran transmitir en propuestas de tratamientos.

Castren y Rantamaki (2010), postulan que investigaciones recientes ya hablan del rol que tienen los factores neurotrópicos, en donde su implicación no es vista ya como una causa directa para el surgimiento de un trastorno depresivo, sino que está asociado principalmente a la capacidad de del cerebro para adaptarse a las demandas del medio ambiente. Esto sugiere que el uso de antidepresivos o las neurotropinas estimula la neuroplasticidad del cerebro, haciendo más viable la formación de redes neuronales que faciliten la adaptación (Masi & Brovedani, 2011). Lo anterior sugiere la importancia de integrar un apoyo psicoterapéutico o rehabilitacional que acompañe el uso de estos psicofármacos.

1.2.2. Modelos psicológicos de la depresión

1.2.2.1. Dimensión cognitiva de la depresión. Como se mencionó previamente, los estudios genéticos señalan la forma en la que la variación del gen asociado al neurotransmisor serotoninérgico (5-HTTLPR) está relacionada con la vulnerabilidad cognitiva de los individuos que padecen depresión, o fenómeno endofenotípico (Conway, Hammen, Espejo, Wray, Najman & Brennan, 2012). Las diversas maneras en las que esta vulnerabilidad cognitiva afecta la valoración de los eventos estresantes e interpersonales ha sido teorizada por diversos autores (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978; Beck, 1967; Fiedler, Nickel, Asbeck, & Pagel, 2003; Jenawy & Paykel, 1997). Los modelos cognitivos voltearon la mirada de los teóricos de visiones conductuales y la limitación que éstos habían mostrado hacia el estudio y tratamiento de la psicopatología depresiva al individuo que estaba padeciéndola y su interpretación de la sintomatología, así como del medio que le rodeaba (Hammen, 2001).

El rol de la cognición en el origen y mantenimiento de la depresión ha sido estudiado desde diversos autores (Beck, 1967; Reilly, Ciesl, Felton, Weitlauf, & Anderson, 2012). Al menos tres de estos modelos han sido validados y estudiados en el campo de la psicología: el modelo de Aaron Beck (1967); el modelo de desesperanza e indefensión (Abramson, Seligman, and Teasdale, 1978) y el modelo de autoestima.

Hasta la fecha, es el modelo de Aaron Beck (1967) el que presenta un mayor índice de evidencia empírica (Cuijpers, Berking, Andersson, Quigley, Kleiboer & Dobson, 2013; Honyashiki, Furukawa, Noma, Tanaka, Chen, et al., 2014). Éste, postula que a partir de experiencias negativas en la infancia, el individuo tenderá a formar esquemas maladaptativos de sí mismo, del otro y del mundo –llamados, la triada cognitiva- que se activarán principalmente en eventos de estrés. Estos eventos parecidos a aquellos que eventos primarios de la infancia que crearon los esquemas en primer lugar, despertarán en el individuo en riesgo sentimientos de inadecuación e inferioridad (Ingram, Miranda & Segal, 1998). De modo complementario, se ha propuesto que los individuos con depresión presentan un empobrecido sentido de coherencia (Luutonen, Sohlman, Salokangas, Lehtinen, & Dowrick, 2011). El sentido de coherencia se define como la capacidad de ver al mundo de modo optimista y a los eventos desafiantes como situaciones significativas que se pueden predecir y afrontar como retos de vida (Antonovsky, 1987), y que éste, a pesar de variar de modo discreto a través de eventos de vida, se mantendrá de modo relativamente constante como factor protector en aquellos individuos que no presentan depresión (Luutonen, et al., 2011).

En los últimos años, se ha desarrollado la teoría de hipótesis de congruencia (Beck, 1983), una nueva teoría de “personalidad cognitiva” que incluye dos factores cognitivos sumados a la matriz de vulnerabilidad de depresión, a decir: autonomía y sociotropía. El primero se refiere a la necesidad de independencia, control y logro, el segundo, que será detallado más adelante se refiere a la tendencia a la búsqueda de aprobación, temor de rechazo y *reconfirmación* por parte del medio social en el que se desenvuelve el individuo. Llamados ahora motivos implícitos: logro, poder y afiliación (Heckhausen, 1991). Estos motivos median la relación entre el cumplimiento de metas y la respuesta afectiva que lo acompaña, es decir, la respuesta emocional que presente el individuo frente al cumplimiento o fracaso en la búsqueda de un objetivo será satisfactoria siempre que sea consistente con su motivo implícito y no cuando sea de modo. Lo que es más, se ha propuesto que estos motivos implícitos tienen un rol más relevante que las cogniciones explícitas en la presencia, cronicidad, reincidencia y severidad de los episodios depresivos (Iacoviello, Grant, Alloy, & Abramson, 2009; Poeschel, Shilte, & Michalak, 2011).

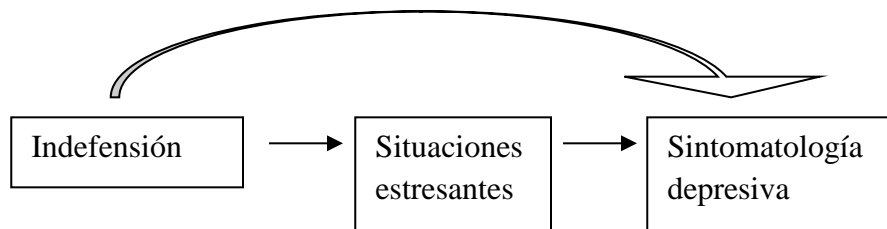
Por otra parte, el modelo de desesperanza e indefensión, propuesto por Abramson, Seligman, and Teasdale en 1978. De acuerdo a éste, el individuo que presenta vulnerabilidad cognitiva tiene un sesgo de atribución negativa hacia los eventos de vida asumiendo una

causalidad estable, global e interna; es decir, que cuando se presenta un evento de vida percibido como aversivo, el individuo tenderá a asumir su estabilidad temporal, generalizarlo a varios contextos de su vida y atribuirse responsabilidad personal ante la situación. Además, el individuo con este estilo cognitivo tenderá a anticipar la llegada de eventos desfavorables en su vida (desesperanza), y a asumir que no habrá nada que él pueda hacer para modificar estos sucesos (indefensión). Ante esta visión, el incremento en la indefensión hace al individuo particularmente vulnerable a desarrollar un tipo de depresión llamada *depresión por desesperanza* (Joiner, Wingate, & Otamendi, 2005).

Una visión conceptual paralela propone que se ha encontrado que los individuos con depresión tenderán a recordar un mayor número de eventos estresantes en su vida (Jenawy & Paykel, 1997), y que esta pérdida de reforzamiento en términos de eventos estresantes o empobrecimiento de satisfactores de vida o de logros asociados con motivos implícitos cobra relevancia en los individuos con depresión desde una visión estable, global e interna. Más aún, esto cobra particular sentido bajo la hipótesis de que aquellos individuos con vulnerabilidad genética tienen particular reactividad depresiva ante los eventos estresantes o desafiantes a los que se enfrentan (Conway, et al., 2012) por un procesamiento informacional selectivo (Beevers, Wells, Ellis, & McGeary, 2009), sesgo de atención a estímulos aversivos o ansiogénicos (Hayden, Dougherty, Maloney, Olin, Sheikh, Durbin, et al., 2008) o un incremento de la apreciación a los eventos negativos que suceden de modo ordinario en la vida de cualquier individuo (Conway, et al., 2012).

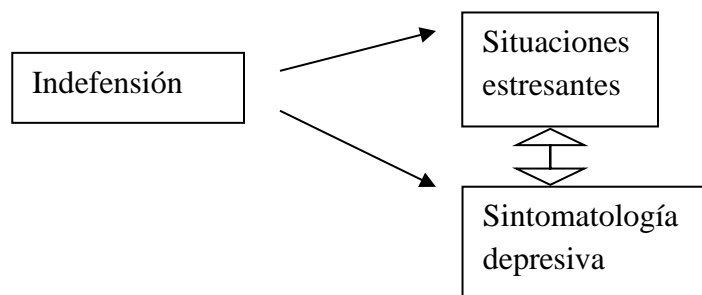
En suma, si bien los individuos con vulnerabilidad genética tienen un sesgo de atención a situaciones desafiantes, haciendo que se perciban de modo más frecuente y con mayor atención, estos a su vez tenderán a evaluarlos de modo más catastrófico, estable en el tiempo, generalizar sus efectos o su potencialidad de dañarlos a ellos o al resto de sus contextos y por último, su cognición de sí mismos como indefensos tenderá a hacerlos sentir particularmente vulnerables e incapaces de hacer algo para poder evitarlo o bien, una vez habiéndolo vivido, afrontarlo, aumentando su sensación de desesperanza y disparando la sintomatología depresiva.

Ambas hipótesis, entonces, se pueden explicar a partir de dos visiones paralelas y complementarias, expresadas de modo gráfico y teórico por Joiner, Wingate, & Otamendi, 2005 (2005) en la siguiente figura:

Fig 1. Modelo 1. Depresión por desesperanza.

(Joiner, Wingate, & Otamendi, 2005)

En este primer modelo, las situaciones estresantes funcionan como factor mediador entre la desesperanza y la depresión. La primera se considera que precede a la sintomatología depresiva e incluso pudiera tener un rol de mediador parcial en la presentación o incremento de ésta; sin embargo, se requiere de una situación estresante, en ocasiones relacionada a la misma indefensión (Joiner, 2000).

Fig 2. Modelo 2. Depresión por desesperanza.

(Joiner, Wingate, & Otamendi, 2005)

En este segundo modelo de indefensión propuesto por Joiner y colaboradores (2005), la indefensión, esquema mental activado ante el estrés, pudiera ser causante de las situaciones estresantes y de la sintomatología depresiva sin que uno preceda necesariamente al otro; es decir, que la indefensión pudiera a su vez preceder a las situaciones desafiantes y a la vulnerabilidad de depresión y estas pudieran o no estar relacionadas entre ellas, sin involucrar necesariamente una hipótesis de mediación. Más aún, se encontró que a más crónica la depresión más se pudiera solidificar la percepción de indefensión en el individuo (Joiner, Wingate, & Otamendi, 2005).

De modo análogo al modelo de indefensión, en un estudio de características de personalidad cognitiva realizado por Iacovelo y colaboradores (2009), se encontró que aquellas

personas con un alto nivel de autonomía independiente como motivo intrínseco presentaban una menor vulnerabilidad a presentar sintomatología depresiva, frente a aquellas que presentaban un bajo índice de autonomía independiente. Esto pudiera sugerir que la teoría de los motivos intrínsecos, o características de personalidad cognitiva propuesta por Beck (1983), coincide con la teoría de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) respecto a la relevancia del control y la autonomía como factor protector ante la depresión.

Zhou y colegas, por su parte, estudiaron que la autocompasión funciona como un mediador entre la desesperanza como cognición negativa y el desarrollo de un trastorno depresivo (Zhou, Chen, Liu, Lu, & Su, 2013). La autocompasión se entiende como la capacidad de sentirse conmovido con uno mismo en situaciones de fracaso o eventos externos adversos, así como verse a sí mismo como parte de una humanidad mayor, y no sentirse aislado en situaciones desafiantes (Neff, 2003).

Finalmente, el tercer modelo, cuya popularidad y diseminación excede a los dos previos, es el modelo de la cognición y valoración de sí mismo, o autoestima (Harter & Marold, 1994; Rosenberg, 1979). Este, si bien se ha propuesto como un molde en sí mismo, ha sido valorado de manera aislada por diversos autores en el análisis de las cogniciones negativas de uno mismo frente a eventos desafiantes o estresantes (Davila, Hammen, Burge, Daley, & Pale, 1996). Lo anterior sugiere que la capacidad de enfrentarse a eventos estresantes y la capacidad de resolución que el individuo asume tener, estará mediado por los esquemas globales de valía personal, haciendo a un individuo vulnerable a una psicopatología en general y depresión en particular (Davila, et al., 1996).

Valoración de la autoeficacia y depresión. La autoeficacia es la creencia acerca de las capacidades personales para ejercer control sobre su ambiente con el fin de cumplir un determinado propósito (Bandura, 1977). Esta se compone de dominios afectivos, cognitivos, conductuales y motivacionales y se adquiere desde cuatro diferentes fuentes: 1) experiencias exitosas previas que siguen a conductas persistentes; 2) aprendizaje vicario, al observar a un modelo con características similares al observador que enseñe las habilidades necesarias para lograr la tarea de modo exitoso; 3) persuasión social, o el discurso de alguien que exhorte a observar las capacidades personales del individuo previo a la realización de una tarea, o influya en observar el éxito encaminado al crecimiento y aprendizaje personal sobre el éxito obtenido en

la tarea; y 4) la erradicación de la creencia que los estados emocionales y somáticos determinan la capacidad de realizar la tarea (Bandura, 1994).

De acuerdo al modelo de salud mental propuesto por Jahoda (1958, en Blazer, 2002), ésta se observa en características como una adecuada prueba de realidad; un sentido de vida que dirija las acciones del individuo; un sentido de identidad y valía; conciencia acerca del potencial personal; percepción de competencia sobre el ambiente; y autodeterminación frente a las demandas ambientales. De acuerdo a esta postura, la autoeficacia, vista como autodeterminación y aptitud sobre el entorno, se vuelve central en el desarrollo y mantenimiento de la salud mental del sujeto (Blazer, 2002). Esto es consistente con investigaciones que proponen que un mayor nivel de autoeficacia está relacionada con una mayor tendencia a plantearse objetivos personales con más valor para uno mismo y que solidifican un sentido de vida (Scott, Dearing, Reynolds, Lindsay, Baird, & Hamill, 2008) y la creencia de que se será capaz de obtenerlos.

Un alto índice de percepción de autoeficacia media la relación entre salud mental y salud física (Flett, Panico, & Hewitt, 2011). Un alto nivel de autoeficacia está relacionado a mejores pronósticos en actividades de autocuidado y salud como dejar de fumar, perder peso (Dennis & Goldberg, 1996), disminución de recaídas en uso de sustancias en adolescentes (Ramo, Myers, & Brown, 2010) o adherencia al tratamiento médico en pacientes con enfermedades cardiovasculares crónicas (Maeda, Shen, Schwarz, Farrell & Mallon, 2013). Lo anterior no es sorprendente, dado que altos niveles de autoeficacia predicen la capacidad del individuo de percibirse a sí mismo como capaz de abstenerse a fumar, comer o beber ante una situación de oportunidad, al tiempo que incrementa su creencia en el beneficio positivo que deviene de la persistencia y el auto-cuidado.

De modo general, las personas que presentan altos niveles de autoeficacia demuestran mayor capacidad de afrontar retos en la vida y anticiparlos con una visión optimista (Bandura, 1994; Brandstadter & Renner, 1990), disminuyendo la vulnerabilidad a desarrollar una depresión ante situaciones estresantes o retadoras (Bandura, 1997). De modo opuesto, los individuos con bajos niveles de autoeficacia presentan mayor propensión a desarrollar una depresión (Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, & Caprara, 1999; Flett, Panico & Hewit, 2011; Takaki, Nishi, Shimoyama, Inada, Matsuyama, Kumano, et al., 2003), al no percibirse capaces de enfrentar situaciones adversas, de plantearse objetivos con un valor personal (Ryan & Decci, 2000; Scott, Dearing, Reynolds, Lindsay, Baird, & Hamill, 2008), disfrutar el esfuerzo involucrado en realizar

la tarea (Bandura, 1981) o de sentirse incapaces de lograr las metas que se proponen (Bandura, 1994).

Por otra parte, la ausencia de autoeficacia se refleja en el constructo propuesto por Seligman de indefensión aprendida (Seligman, 1975). Este constructo a su vez ha sido vinculado al trastorno depresivo (Abrahamson, Seligman, & Teasdale, 1978), que de modo consistente con la teoría cognitiva de Beck (1976), que sostiene que un individuo con depresión tiene una percepción de sí mismo como incapaz para ejercer una influencia sobre el mundo, sí mismo y el futuro que se perciben bajo una visión negativa.

El incremento de autoeficacia en sí misma, se ha propuesto incluso como una intervención preventiva para el manejo de la depresión en adultos mayores (Blazer, 2002), para el incremento de adherencia a tratamientos médicos (Shen, Schwarz, Farrell & Mallon, 2013), así como parte del protocolo de atención psicológica en pacientes con cáncer (Beckham, Burker, Lytle, Feldman, & Costakis. 1997; Weber, Roberts, Rsnick, Deimling, Zauszniewski, Musil et al., 2004).

El término autoeficacia generalizada es un término de reciente creación para explicar la percepción de control constante que presenta el individuo sobre el entorno en una variedad de situaciones y eventos (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005). Consta de elementos como son: la intención de iniciar una tarea; la capacidad de planear la tarea; la persistencia en mantenerse en la tarea a pesar de las adversidades; un nivel de motivación consistente hasta el término de la tarea y la confianza personal en la conclusión de la tarea (Yildirim & Ilhan, 2010). El término de autoeficacia generalizada difiere al concepto de autoeficacia especializada, propuesta por Bandura; quien postula que la percepción de autoeficacia varía de una tarea a la otra (1994). Sin embargo, el análisis de Scherbaum, Cohen-Charash, & Kern (2006) utilizando la teoría de respuesta al Item (IRT), sostiene la validez del constructo de autoeficacia generalizada propuesta y su viabilidad en su aplicación en las ciencias de la educación, psicología y organizacionales.

Siendo así, se establece la relevancia de considerar la autoeficacia para poder predecir los índices de vulnerabilidad a desarrollar un trastorno depresivo; una vez que se da el diagnóstico, anticipar el posible apego a un tratamiento psicoterapéutico con base en la anticipación de éxito que se perciba de su participación, así como el potencial pronóstico derivado de la persistencia en las tareas de activación conductual y socialización requeridas para obtener un beneficio terapéutico.

Algunos de estos modelos cognitivos han sido desafiados, cuestionando el paradigma de la vulnerabilidad cognitiva, en parte por su dependencia con estados anímicos y situaciones de vida (Miranda & Persons, 1990) o la reactividad cognitiva (Scher., Ingram, & Segal, 2005). En este sentido, la cognición negativa puede ser un factor sintomático de la depresión y no uno causal (Metalsky & Joiner, 1997), mostrándose así en el cambio de pensamientos una vez que se logra superar la depresión (Ainsworth, 2000). Esto se ha estudiado incluso en situaciones anímicas temporales, encontrando que aquellas personas que están en un humor entristecido recuperarán y recordarán la información deprimente del medio con mayor facilidad (Fiedler, Nickel, Asbeck, & Pagel, 2003). En este sentido, los teóricos cognitivos proponen que las personas que no tienen una vulnerabilidad a la depresión tenderán a usar una estrategia de regulación emocional llamada cogniciones incongruentes con el fin de mejorar su estado anímico, es decir, aquellas personas que se encuentran en un humor triste tenderán a buscar recuerdos o pensamientos que les eleve el estado anímico a uno alegre, al tiempo que cambiarán su foco de atención en el ambiente a uno menos negativo; sin embargo en individuos con vulnerabilidad a la depresión estas habilidades se encuentran entorpecidas (Brockmeyer, Pfeiffer, Holtforth, Zimmermann, Kammerer, Friederich, et al., 2012; Joormann, Siemer, & Gotlib, 2007).

Una de las críticas más importantes a este modelo; sin embargo, postula que éste en su afán por enfatizar el rol que juegan los pensamientos en la percepción del medio, nulifica el impacto real que tiene el medio hostil en el que varias personas se desenvuelven en realidad, atribuyéndole una causa interna y cuestionando la veracidad de ésta, antes que imputar a una realidad contextual socio-política adversa (Coyne, 1992). Además, los modelos cognitivos le restan importancia al efecto de las relaciones interpersonales en la creación, modificación y fijación de creencias del mundo y de sí mismos (autoconcepto y autoestima), mismas que se niega sean rígidas, sino producto de una interacción con individuos que en el discurso se negocian y transforman (Coyne, 1992). Más aún, se merma la importancia que tienen las transacciones y el rol activo que tiene el individuo deprimido en su medio, la creación, exacerbación o mantenimiento de sus estresores psicosociales (Hammen, 1992). Es irónico, como menciona Hammen (1992) que en un modelo que estudia la fenomenología del proceso depresivo, se pierda la visión de los contextos y la heterogeneidad asociada a esta depresión, a decir, aquella dependiente de sexo, estrato socioeconómico, visión del desarrollo, entre otros,

estudiando a esta patología como algo que tiene la persona de modo independiente a la realidad que la rodea.

1.2.2.2. Dimensión psicosocial de la depresión: Teoría del apego. Probablemente el teórico más importante en la teoría del apego es J. Bowlby (1969), quien a través de tres libros escritos en un lapso de diez años (Woodward, 2003) desarrolla una visión acerca de la necesidad nata de formar vínculos, principalmente en un primer momento con el objeto primario, o la figura de apego, que puede ser la madre, o cualquier sujeto que haya estado encargado del cuidado del infante. Este impulso, de origen biológico, está relacionado, de acuerdo con el autor a la posibilidad de sobrevivencia. Dado lo anterior, se explica que esta necesidad de formar un vínculo se mantiene a lo largo de la vida, a partir de las primeras experiencias y se conserva de manera característica la forma en la que el individuo buscó este apoyo, cuidado y afecto. Más aún, la premisa de la teoría del apego es que a través de la experiencia con las primeras relaciones con el cuidador primario, el individuo desarrollará modelos mentales o esquemas que regirán sus relaciones futuras (Bowlby, 1969), sobretodo en momentos de estrés, enfermedad o incapacidad.

El rol que juega el apego para el ser humano tendrá al menos cuatro vertientes, 1) el desarrollo del niño, 2) la capacidad y manera de percibir las relaciones con otros, 3) el concepto de identidad y de self del niño, y 4) sus experiencias de vida a futuro (Colby, 2009). En primer lugar, la capacidad de exploración del mundo, los humanos que requerimos mayor tiempo para el desarrollo independiente necesita de certeza para explorar el mundo, una de las principales tareas del desarrollo en los primeros años, y esta requiere de la sensación de seguridad o una *base segura*, para incrementar la sensación de cuidado y confianza en su propio desarrollo y movimiento (Bowlby, 1980). En segundo lugar, la percepción de relación con otros, las experiencias formativas del niño y la calidad de la relación con una figura disponible, ayudarán a que el niño cree unos modelos mentales de relaciones, o *working models* (término en inglés), que definen la manera en la que las experiencias relacionales serán percibidas y entendidas. Esto implica, que el individuo aprenderá a esperar de las relaciones a partir de la accesibilidad y la capacidad de respuesta práctica y emocional que tuvo con él la figura primaria. Estas expectativas se extenderán a las relaciones en general y a las nuevas relaciones en particular (Bowlby, 1973). Otro aspecto fundamental resultado del cuidador primario, de acuerdo con la teoría del apego, es la formación de un modelo del self, mismo que se puede desarrollar como alguien bueno, competente y con la posibilidad de ser amado, ante la respuesta consistente y afectiva de un

cuidador disponible emocionalmente. Por último, las experiencias de vida a futuro, dada la necesidad de formar una base segura para experimentar y conocer el mundo, esta misma está relacionada con un sentido de identidad como alguien capaz y competente, o capaz de pedir ayuda en caso de dificultad (Bowlby, 1969). Estas características están asociadas con el sentimiento de autoeficacia, o la capacidad que experimentará de modo consistente el individuo para iniciar, persistir o afrontar el fracaso frente a una situación desafiante (Colby, 2009).

Cuando se pone a prueba el vínculo con la figura de apego, el individuo reaccionará con ansiedad y enojo ante la posibilidad de perder al objeto de afecto, si de hecho, el objeto se perdiera esto se seguiría por sentimientos de dolor y tristeza, que se cambiarían por alegría ante la percepción de recuperar el objeto (Woodward, 2003). La propuesta anterior sigue a la premisa de un apego seguro; sin embargo, cuando se perturba el desarrollo, diferentes tipos de apego inseguro se pueden generar, afectando el desarrollo psicológico y en habilidades de búsqueda de intimidad (Cassidy, 2001). Los tres diferentes tipos de apego inseguro son: el apego ansioso, el apego ambivalente y el apego evitativo (Ainsworth, 1978). La descripción a continuación está basada en la propuesta de la misma autora (Ainsworth, 1978).

Las personas con un apego seguro, tienen relaciones satisfactorias basadas en un modelo de trabajo de relaciones flexible y con capacidad de confianza en sí mismos y en las personas, considerando que pueden confiar en que tanto sus necesidades como la de los otros van a ser cuidadas y que las relaciones a las que se comprometan serán relaciones que les den una base segura para conocer el mundo de manera convencida de su capacidad o la habilidad de acercarse a otros para pedir su apoyo en momentos de crisis.

Las personas con un apego inseguro ansioso, carecen de la seguridad de que sus necesidades van a ser satisfechas y de poder formar un vínculo íntimo, es por esto que sus relaciones se basan en apegos superficiales, formando una red de apoyo muy empobrecida o nula. Al mismo tiempo, su sentido del self está devaluado, percibiendo una incapacidad de ver por sí mismos o enfrentarse a la adversidad. Por otra parte, el apego inseguro preocupado considera de la misma forma que sus necesidades no podrán ser satisfechas dentro de una relación, y que ellos tampoco serán capaces de responder por sus necesidades. Por lo anterior, cuando logran formar un vínculo, suelen tener conductas de reconfirmación, buscando asegurarse de modo constante que no serán abandonados o que podrán ser cuidados. Por último, el apego inseguro evitativo se sugiere que tuvieron una figura de apego que fue incapaz de ver por sus necesidades, por lo que

formaron a creencia superficial de autocompetencia y de capacidad para poder cubrir sus propias necesidades sin la necesidad de otro. Esto los lleva a formar relaciones superficiales o no hacerlo basados en un modelo de trabajo de relaciones de que el otro será incompetente o incapaz de cuidarlo.

Un apego inseguro, proponía Bowlby (1980), hace del individuo particularmente vulnerable a padecer un trastorno depresivo a partir de una visión negativa de sí mismo y de las relaciones. Esto ha sido confirmado en investigaciones que concluyen que el estilo en apego, en particular, el apego inseguro, está relacionado con bajos niveles de percepción de valía personal (Davila et al., 1996), empobrecida capacidad de regulación emocional (Fonagy, & Target, 2002) y con el trastorno depresivo (Roberts, Gotlib & Kassel, 1996).

El estilo de apego, y con esto, los modelos mentales propuestos por la teoría del apego se han encontrado estables en el tiempo, manteniéndose hasta la edad adulta (Dávila, Burgen, & Hammen, 1996). De esta forma, los estilos de apego están relacionados con la capacidad de intimidad en relaciones adultas (Cassidi, 2001), las habilidades de comunicación (Kobak & Hasan, 1991), y la habilidad de resolución de problemas interpersonales (Davila, Hammen, Burge, Daley, & Pale, 1996). De modo particular, se ha encontrado que los niños que presentan apego inseguro son más agresivos, presentan mayor número de relaciones interpersonales, tienen más dificultad para regular el afecto y una evidente incapacidad para resolución de problemas (Rudolph, Hammen, & Burge, 1995). Asimismo, aquellos individuos con un apego inseguro, sobretodo desorganizado, se perciben a sí mismos como alienado del mundo, con sentimientos de soledad, automutilación, depresión y vulnerabilidad a vivir en relaciones donde sean maltratados, abusados o abandonados (Wodward, 2003).

Si el estilo de apego está relacionado con bajos niveles de percepción de valía, es relevante señalar que previo a los bajos índices de autoestima encontrados durante el trastorno, como parte del síndrome, esta percepción negativa de uno mismo están vinculados al funcionamiento interpersonal en general (Putalaz, White & Shipman) y al trastorno depresivo en particular (Harter & Marold, 1994).

1.2.3. Modelo interpersonal de la depresión. La importancia de las redes sociales y el funcionamiento interpersonal para el ser humano en general y el individuo que padece depresión en particular es el eje central del presente proyecto. El impacto que el medio social tiene sobre el individuo tiene dos vertientes: por una parte, sirve como factor protector ante los desafíos

encontrados en el medio sociocultural que rodea al sujeto, previniendo el inicio de un episodio depresivo en aquellos sujetos con vulnerabilidad genéticas, o coadyuva en la intervención terapéutica para la remisión del trastorno una vez iniciado; por el otro, la ausencia de redes sociales satisfactorias por sí mismo o en cooperación con otros factores, se asocia a la vulnerabilidad para el inicio, la vía de desarrollo, o el mantenimiento de un episodio depresivo (Davila, Hammen, Burge, Daley, & Pale, 1996).

Para complicar aún más las cosas, se propone (Coyne, 1976) que aquellos individuos vulnerables a la depresión tienen un rol activo en la elicitación de rechazo social que no solo incrementa su riesgo de padecer el trastorno, sino que disminuye sus posibilidades de obtener apoyo del medio (Coyne, 1992). A su vez, la sensibilidad al rechazo social, que se define como la tendencia a esperar y atender de manera selectiva a sucesos que aparenten una falta de aceptación social es un factor de riesgo para el desajuste psicológico, en particular la depresión (Downey & Feldman, 1996). La presente sección describe la perspectiva transaccional que intenta dar luz a esta relación bidireccional existente entre el medio social y el trastorno depresivo; es decir el “modelo de generación de estrés” (Hammen, 1991). Se comienza describiendo la importancia de las redes sociales y algunas investigaciones que dan luz a esta relación, para más adelante especificar los déficits encontrados en los pacientes con depresión en particular y las transacciones que se presentan con su medio interpersonal.

1.2.3.1. Redes sociales, apoyo social y depresión. El apoyo social es considerado de modo frecuente como uno de los factores mediadores críticos en el análisis de la salud mental. El ser humano crece extendiendo sus necesidades sociales de un individuo protector a una red que proporcione los variados tipos de ayuda que la diversidad de fuentes de estrés requiere (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2011). La disponibilidad de apoyo emocional disminuye el estrés psicológico asociado a condiciones de pobreza y discriminación, al ofrecer distintas estrategias de afrontamiento y facilitar la capacidad adaptativa del individuo (Cohen & Willis, 2005), esto demostrado incluso en un nivel físico, mediando la respuesta cardiovascular ante el estrés (Cohen, 2001) y disminuyendo la respuesta psicósomática ante el estrés (Acuña & Bruner, 2009). De la misma forma, el apoyo instrumental promueve un menor estrés asociado a condiciones de discriminación (Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano, & Alanís-Navarro, 2009; Cobb, 1976) y ambos se asocian a menores niveles de estrés parental y con ello mayor bienestar en la relación padre-hijo en familias que viven en situaciones de pobreza (McConnell, Breitreuz & Savage,

2010). Más aún, la percepción de falta de apoyo por parte de la pareja se ha encontrado como uno de los factores de riesgo clave para el desarrollo de una depresión postparto, incluso sobre factores como antecedentes heredofamiliares de ansiedad y depresión, adversidad económica, baja autoestima o embarazo no deseado (Brandon, Ceccotti, Hynan, Shivakumar, Johnson, & Jarrett, 2012). De la misma manera, el apoyo social promueve estrategias de afrontamiento y un mejor autoconcepto, mismo que puede relacionarse a la vulnerabilidad para sufrir depresión (Acuña & Bruner, 2009; Palomar & Cienfuegos, 2007).

El apoyo social tiene una correlación negativa con índices clínicos como ansiedad y depresión así como un efecto mitigador en la depresión (Acuña & Bruner, 2009; Bambara, 2011; Marrero Quevedo & Carballeira Abella, 2010; Weber, Puskar, & Ren, 2010). De la misma manera, una percepción de pérdida de apoyo social se ha relacionado con un incremento de sintomatología depresiva (Lara, Navarro & Navarrete, 2004), aunque esto pudiera estar moderado por una vulnerabilidad cognitiva como locus de control externo, percepción de desesperanza e indefensión, y globalización de una visión de insatisfacción característicos del diagnóstico (Haefel & Mathew, 2010; Sinibaldi, 2001).

Desde una visión estructural, cuando se consideran las redes sociales, no se habla necesariamente la cantidad, sino representación de las relaciones lo que determina un mayor bienestar (Marrero- Quevedo & Carballeira- Abella, 2010). Es decir, basta con percibir tener a un número de personas que pudieran estar presentes en situaciones estresantes para mostrar un efecto positivo en índices de autoestima, depresión y estrés (Acuña & Bruner, 2009). Sin embargo, existe una diferencia entre las características que se identifican como importantes en para determinar la calidad de una relación de apoyo, modificándose éstas con la edad. Por decir, los adultos jóvenes valoran principalmente el apoyo instrumental mientras que los adultos mayores dan un mayor énfasis en el apoyo emocional (Lynch, Mendelson, Robins, Krishnan, George, & Johnson, et al., 1999).

En la Ciudad de México, previo a la búsqueda de apoyo profesional, las mujeres con malestares emocionales usan el apoyo social como la principal estrategia de afrontamiento y auto-cuidado en respuesta a situaciones estresantes, principalmente apoyo emocional entendido como muestras de amor o entendimiento, seguido de dinero como apoyo instrumental, y consejo o referencia a un especialista como apoyo informativo. Para esta población, este apoyo suele recibirse por parte de sus amigas, hermanos o madre y no por parte de su pareja o su padre

(Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano, & Alanís-Navarro, 2009; Lara, Navarro & Navarrete, 2004). Esto es consistente con la propuesta de Cienfuegos y Palomar (2006), quienes mantienen que los vínculos de apoyo tienden a estar conformadas por la pareja, la familia cercana y en segundo término por la familia extendida, los amigos cercanos, la comunidad y las instituciones de las que el individuo es parte, principalmente la Iglesia y la religión. Sin embargo, estas vías pueden estar determinadas por factores socioeconómicos o culturales. Por decir, en un nivel de pobreza, la familia puede percibirse en niveles semejantes de precariedad o ser la fuente de distrés, por lo que se contempla la necesidad de recurrir a la comunidad como fuente de apoyo ante situaciones estresantes previo a la búsqueda de la pareja o la familia (Abello, Mandariaga, & Hoyos de los Ríos, 1997). A nivel cultural, por ejemplo, en una muestra de estudiantes de Turquía, fueron las mujeres las que presentaron un mayor nivel de percepción de apoyo por parte de su familia que los hombres (Koydemir-Özden, 2010).

Si se considera que la persona con altos niveles de estrés y depresión son aquellas cuyas habilidades para dar y recibir apoyo se ven mermadas, entonces se puede hipotetizar la formación de un círculo vicioso, donde se generaliza la falta de apoyo social a individuos cuyas habilidades para recurrir a sus fuentes de apoyo se encuentran reducidas por el padecimiento depresivo, incrementando de la misma manera la sintomatología y la percepción de indefensión y desesperanza (Palomar & Cienfuegos, 2007). Esto presume que un medio adecuado para tratar la depresión en una cultura cuyos nexos cercanos presuponen un sentimiento de satisfacción y valía personal, requerirá de un componente interpersonal y de interdependencia.

1.2.3.2. Dimensión transaccional (interpersonal). Como lo postulan las teorías de Bowlby (1969), Sullivan (1953), el ser humano, al igual que sus contrapartes biológicas presenta una necesidad nata a la vida en grupos (Bacha, 2007). Esta necesidad de vinculación no sólo tiene una función evolutiva, sino que su ausencia se relaciona a sentimientos de alienación y psicopatología (Flynn & Capelliez, 1993). Es por lo anterior que se propone que la depresión se debe abordar desde un contexto interpersonal y no intrapersonal (Joiner, Coyne, Blalock, 1999). Esta postura no le resta peso a la visión de diátesis-estrés propuesta previamente, sino que la extiende para dar luz a la manera en la que el sujeto, como un agente activo en su medio vivencia y responde ante este medio, ejerciendo una influencia en los estresores psicosociales que se le presentan, vistos ya no como una mera interpretación, ni como una suerte del destino, sino desde una visión transaccional con este medio (Coyne, 1976; Hammen, 1991). La visión interpersonal,

entonces, le regresa la responsabilidad al individuo y la importancia al medio social en el que se desenvuelve, tanto para el inicio, como para el mantenimiento o recaída del episodio depresivo.

De modo general, los individuos con depresión reportan menores niveles de bienestar en sus relaciones interpersonales, describiéndolas como menos íntimas y satisfactorias (Nezlek, Imbrie y Shean, 1994). De esta forma, los individuos con depresión en general reportan un mayor número de eventos estresantes durante su vida (Hammen, 1991). A partir de la propuesta de Hammen (2009), los estresores interpersonales a los que se ven expuestos incluyen relaciones problemáticas, aislamiento, rechazo o alienación, y cuando hay aceptación o un grupo social, este suelen ser relaciones empobrecidas, caracterizadas por hiperdependencia, abandonos constantes o amenazas de abandono, hostilidad, críticas, y disputas frecuentes seguidas de una falta de habilidad para resolverlas o autosilenciamiento por parte del individuo vulnerable para evitar el abandono real o imaginario (p.201).

Se han dado dos explicaciones a este fenómeno: en primer lugar, una causada por un sesgo atencional a eventos adversos (Beck, 1983); en segundo, por una vulnerabilidad particular a provocar que éstos sucedan, especialmente en el ámbito interpersonal. A este rol activo en la etiología de los conflictos interpersonales se le llama “generación de estrés” (Hammen, 1991). Esta segunda teoría, desarrollada a partir de una crítica al modelo cognitivo de la década de los 70’s y 80’s y su conceptualización del sujeto con depresión como un ser pasivo, víctima de vulnerabilidades genéticas, cognitivas y neurofisiológicas en un ambiente psicosocial hostil y un destino fatal, más que como un sujeto activo en constante interacción con éste (Hammen, 1993), o “creadoras de contextos de vida” (Hammen, 2009, p. 201).

Consistente con las propuestas bio-sociales planteadas previamente (Andrus, Blizinsky, Vedell, et al., 2012; Brown, Ban, Craig, Harris, Herbert, & Uher, 2013; Mulinari, 2012; & Uher & McGuffin, 2010), este modelo exagera la importancia de las relaciones bidireccionales o transaccionales que existen entre el individuo y su ambiente, y esto a su vez en relación a la presencia de una depresión unipolar, o como lo mencionan ya algunos autores (Eberhart & Hammen, 2010; Poultron y Andrews, 1992), las personas con depresión altamente sensibles viven la vida de forma que de modo inconsciente agravan los estresores interpersonales en los que se ven inmersos (p. 37) y estos a su vez incrementan su vulnerabilidad a padecer o mantener el trastorno. A esto se le llama el modelo transaccional (Eberhart & Hammen, 2010).

Las investigaciones realizadas por Hammen (2006), incluyen dos dominios básicos responsables de este incremento en estresores psicosociales en las personas con vulnerabilidad a depresión. El primero de ellos se refiere a las características de personalidad, que integran las cogniciones, las conductas aprendidas, los estilos de solución de problemas, los antecedentes genéticos y la calidad de apego; y en segundo lugar el contexto en el que se desenvuelve la persona, que tendrá una influencia en la elección de pareja, estresores psicosociales ya presentes, las conductas de paternaje, entre otros, o como es nombrado en este trabajo, los determinantes sociales y contextuales. Es el primer dominio el que compete a esta sección.

Si bien el pesimismo, la irritabilidad, la anhedonia y la falta de energía son parte del síndrome depresivo, estas suelen presentarse únicamente durante el episodio del trastorno (APA, 2013); no obstante, otros factores se han asociado a características de personalidad longitudinales de las personas con vulnerabilidad a la depresión: la dependencia, la rumiación (Flynn, Kecmanovic, & Alloy, 2010) y la co-rumiación (Hankin, Stone, & Wright, 2010). A esta última se le describe como la tendencia a compartir de modo indiscriminado conflictos personales de modo repetitivo, especulando acerca de él y reforzando de modo mutuo la importancia de hablarlo y la centralización de las experiencias emocionales negativas (Rose, 2002). Estas características fomentan a su vez la búsqueda de reconfirmación (Cogswell, Alloy, & Spasojevic 2006) al mismo tiempo contribuyen al inicio y mantenimiento de problemas interpersonales (Cogswell, Alloy, & Spasojevic 2006; Harkness & Luthé, 2001).

La primera de las anteriores, la dependencia, se explica como la importancia desmesurada que dan a las relaciones interpersonales la personas particularmente vulnerables a la depresión (Blatt, Quinlan, Chevron, Mc Donald, & Zuroff, 1982; Cogswell, Alloy, & Spasojevic. 2006). En el modelo de Beck (1983) a este estilo de personalidad se le designaba como sociotrópico. A estas personas se les describe como particularmente interesados en otros y en las opiniones de los otros al tiempo que presentan miedo al abandono y a la crítica (Bieling & Alden, 2001), lo que los lleva a negar sus necesidades o afectos propias para satisfacer al otro y evitar su crítica o perder su apoyo (Beck, Robbins, Taylor, & Baker, 2001; Blatt & Zuroff, 1992). Algunas características de este tipo de personalidad son la tendencia a la ansiedad, la falta de confianza en su propia valía, la vulnerabilidad, la falta de asertividad, la pasividad en las relaciones interpersonales (Bouchard & Shih, 2013) y un sentimiento generalizado de indefensión (Blatt, 1974).

De modo complementario, algunos autores (Birgenheir, Pepper, & John, 2010) identifican que la sociotropía en sí misma no causa depresión, sino que requiere de otros factores. En primer lugar, la característica conocida como “emocionalmente necesitado” que describe un rasgo de necesidad de conexión identificado como preocupaciones ansiosas y relacionadas con la pérdida interpersonal y el miedo a la separación o al abandono (Cogswell, Alloy, & Spasojevic, 2006); en segundo, un factor mediador entre esta preocupación y los eventos interpersonales negativos. A esta última se le identifica como búsqueda de reconfirmación, tendencia cognitiva y conductual permanente en el que el individuo busca de modo continuo afirmar o disconfirmar sus miedos interpersonales, por medio de demandar respuestas afectivas, declaraciones de valía o evidencias de cariño de modo constante a sus seres cercanos a pesar de que esta ya hayan sido declaradas (Coyne, 1976; Heckhausen, 1991; Joiner & Metalsky, 1998; Shih, 2006).

Paradójicamente, se ha propuesto que esto se asocia a un sesgo de atención a la retroalimentación negativa (Casbon, Burns, Bradbury, & Joiner, 2004). Este estilo de interacción característico de las personas con un apego ansioso (Éberhart & Hammen, 2009) crea contextos negativos y estresantes que incrementan a su vez el riesgo a padecer depresión (Davila, Hammen, Buerge, Daley & Paley, 1996). Aunque esta propuesta no se encuentra libre de críticas (Benazon & Coyne, 1999), sí sugiere el mecanismo en el que interaccionan las conductas interpersonales del individuo que busca tener una aceptación de un grupo social y la respuesta de rechazo de éste ante la demanda continua de atención y afecto (Haefffel, Voelz, & Joiner, 2007) y el aumento en el riesgo para parecer un trastorno depresivo (Eberhart & Hammen, 2010).

A modo de síntesis, se propone que el individuo con tipología sociotrópica, o un elevando interés en los otros tenderá a buscar de manera constante reafirmar su sentido de valía y disminuir su ansiedad debido al temor a la crítica o desaprobación del otro, creando, de modo paradójico que las personas cercanas se alejen o los rechacen (Starr & Davila, 2008), molestos por esta conducta, y con esto incrementa el riesgo de vivir mayores niveles de conflicto y estrés interpersonal que se agudiza, haciendo un ambiente aún más expuesto a la depresión al mermar su cantidad y calidad de apoyo social (Potthof, Holahan, & Joiner, 1995). Al mismo tiempo, las conductas de abandono del otro parecieran confirmar el miedo que presentaban de modo original las personas, solidificando los esquemas originales de apego ansioso, a decir: falta de sentido de valía personal y confianza en la permanencia de relaciones interpersonales.

Adicionalmente a lo anterior, se ha identificado que las personas con depresión presentan un déficit en habilidades sociales reales y percibidas (Segrin, 1990) de modo incluso más empobrecido que en otros trastornos psiquiátricos (Zlotnick, Kohn, Keitner, & Della Grotta, 2000). Esto hace más difícil no sólo el obtener el apoyo social necesario para lidiar con estresores situacionales, sino la formación de una red que refuerce su sentido de valía personal (Blatt, 1990). Para ejemplificar, si bien el uso del humor en las interacciones sociales se identifica con mayores niveles de satisfacción e intimidad, las personas que padecen depresión utilizan el humor de modo negativo, fomentando el rechazo o respuestas negativas de las personas (Ibarra-Rovillard & Kuiper, 2011). Estos déficits, si bien se han propuesto como concomitante a la depresión, es decir, como parte del síndrome, también se sugiere que preceden al trastorno, incrementando la vulnerabilidad al trastorno (Segrin & Flora, 2000).

Hammen (2009), sugiere que estos déficits interpersonales se explican también por la tendencia a la transmisión intergeneracional del trastorno, haciendo más difícil que los hijos de madres depresivas aprendan modos adaptativos de relacionarse con otros, y esto a su vez pudiera incrementar su vulnerabilidad a padecer ellos mismos el trastorno más adelante en su desarrollo, sobre todo a partir de la adolescencia. Otra potencial explicación es que los individuos con depresión prestan más atención a sí mismos y sus pensamientos, dejando menos atención a la interacción en sí (Tse & Bond, 2004). Los resultados se presentan de modo aún inconcluso, dados los resultados en la investigación de Eberhart y Hammen (2006) quienes alegan que más importantes que los déficits en habilidades interpersonales es la calidad de las relaciones las que determinan la predisposición al trastorno. Sin embargo, sí pudiera dar explicación a los resultados encontrados por Feinstein y colaboradores (Feinstein, Bhatia, Hershenberg, & Davila, 2012) de que las personas que padecen depresión suelen asociarse a interacciones negativas y a sentimientos negativos seguidos de estas interacciones. Es decir, las personas con depresión reportan mayores niveles de distrés seguidos de conflictos interpersonales que los controles (Barret & Barber, 2007).

Si consideramos que las personas con depresión presentan riesgo de tener relaciones interpersonales de baja calidad y con altos índices de estrés interpersonal, entonces es relevante tomar en cuenta que otra característica de personalidad asociada a la generación de estrés en esta población es la falta de habilidad de solución de problemas interpersonales (Davila et al., 1996). Dávila y colaboradores (1996) encontraron que las expectativas negativas de apoyo que se tiene

de otras personas y los patrones de solicitud, recepción y entrega de este apoyo con personas cercanas suele ser maladaptativo en los sujetos con vulnerabilidad a la depresión, creando un mayor número de problemas y obstaculizando la búsqueda y la obtención de este apoyo interpersonal y sus beneficios ante situaciones desafiantes. Más aún, los autores (Dávila, et al., 1996) sugieren que tener una percepción negativa de uno mismo; es decir, un autoestima baja, aunado a una esquema de relaciones en las que se percibe al otro como repelente u hostil, lleva al individuo con depresión a tener habilidades de resolución de problemas empobrecidas y por ello una incapacidad de resolver conflictos interpersonales.

Los problemas interpersonales descritos previamente y las disputas se han encontrado asociados al trastorno depresivo a su vez (Eberhart & Hammen, 2010). De modo particular, el incremento en los argumentos con los esposos es la disputa con mayor nivel predictivo de depresión (Paykel, Myers, Dienelt, Klerman, Lindenthal, et al. 1969 en Coyne & Downey, 1991), de modo complementario, se ha encontrado que las parejas de estas personas suelen ser más críticos y con actitudes hostiles, incrementando el riesgo de recaídas (Coyne, 1992). Esto es particularmente relevante desde una visión transaccional y consistente con los resultados de estudios realizados en la década de los ochentas, en donde identificaron que las mujeres con depresión solían elegir parejas identificadas como característicamente poco disponibles y confiables (Parker & Hazdi-Pavlovic, 1984; Quinton, Rutter & Liddle, 1984), con mayor vulnerabilidad a sufrir depresión ellos mismos o tener un trastorno de personalidad antisocial (Hammen & Walkins, 2008), ejemplificando la propuesta de Hammen (2009), acerca del rol activo del individuo en la creación de un contexto de vida que determinará de modo importante el desarrollo futuro de la misma y de los hijos derivados de ese matrimonio (Weissman Wolk, Goldstein, Moreau, Adams, Greenwald, et al. 1999).

Sorprendentemente, y de modo paralelo a lo anterior, se ha evidenciado (Rosenquist, Fowler, & Christakis, 2011) que si bien las redes sociales son un factor protector en el inicio de la depresión, existe un efecto contagio entre estas redes en hasta tres niveles incrementando las posibilidades de padecer sintomatología depresiva si un nodo interpersonal lo padece, sobre todo entre amistades del sexo femenino. Esto es congruente con el modelo de la generación de estés de modo general, y de modo particular con los resultados encontrados por Hammen, Burge y Adrian (1991), en donde encontraron una consistencia temporal en el inicio de episodios depresivos entre mujeres y sus hijos. De modo puntual se propone (Van Orden, Joiner, 2004) que

se deben cubrir tres requisitos para que este efecto de contagio se cumpla, mismos que parecen cumplir los individuos con una vulnerabilidad al trastorno depresivo: 1) se incrementa el riesgo si no sólo la pareja está deprimida, sino que la contraparte utiliza la búsqueda de reconfirmación; 2) consistente con la propuesta de Rosenquist y colaboradores (2011), el nivel de cercanía de esta persona debe ser muy próximo, y 3) el contagio se cubre considerando depresión y no únicamente afectos negativos.

Por último, y asociado a lo anterior, es importante considerar un constructo que ha sido estudiado de modo reciente (Jack, 1991) que se refiere a la experiencia de silenciar el self o autosilenciamiento (*self silencing*). Esta teoría transaccional trata de dar una explicación a la prevalencia de depresión en las mujeres. Expone cómo la construcción social de la femineidad y el seguimiento a esta construcción incrementa la vulnerabilidad a una baja autoestima en particular y la sintomatología depresiva en general. La mujer, habiendo sido socializada a darse una valía a partir de la calidad de sus apegos, de su capacidad de cuidado y de su interés en el otro (Gilligan, 1982), hace que el reto sea entonces no sólo escucharse a sí misma, sino tener la habilidad de expresión, que con base en estándares sociales está relacionada a constructos como egoísmo y egocentrismo, valorados como aspectos negativos para la mujer (Jack, 1999).

A partir de la teoría de Jack (1991), la visión del self en las relaciones está asociada a estándares morales socialmente contruidos. En el caso de las mujeres, estos se presentan bajo dos corolarios, el primero, las necesidades de la mujer deben ser silenciadas de modo que pueda relacionarse con el otro a partir de la premisa de que los deseos del otro siempre serán prioritarios, y en segundo lugar, que la manera de formar y mantener apegos íntimos está determinada por la capacidad de ser una “buena” mujer (énfasis del autor, Jack, 1999, p. 225), caracterizada por ser sacrificada y complaciente; incluso si esto significa la pérdida de la posibilidad de expresar –o incluso prohibiciones a pensar- aspectos fundamentales del self o de la identidad personal de la mujer. Lo anterior con fines relacionales y de anticipar consecuencias negativas. Este silenciamiento, sin embargo, no debe atribuirse a un rol pasivo, sino por el contrario, un esfuerzo activo en la toma de una decisión que parece ser subordinación o aislamiento (Jack, 1999). Esta variable relacional pone a la mujer en mayor riesgo a padecer depresión, particularmente en aquellas culturas cuya expectativa genérica tiende más a los estándares tradicionales.

A modo de conclusión, si bien las situaciones estresantes o los determinantes sociales están asociados al trastorno depresivo, será aquella pérdida o situación que el individuo considere que está asociada con su sentido de integridad, identidad o valía la que se relacione de modo más significativo con el inicio de un trastorno depresivo mayor en las personas con una vulnerabilidad previa (Hammen, 2009). Sin embargo, de modo particular, los estudios revisados en esta sección nos señalan que consistente con nuestra naturaleza social y necesidad de estar en grupo (Bacha, 2007) hace particularmente significativo en el origen de la depresión a los estresores interpersonales o la pérdida real o percibida de una persona importante, sobre todo en el caso de las mujeres (Bouchard & Shih, 2013). La visión transaccional identifica al individuo con vulnerabilidad a padecer el trastorno como un sujeto activo en su contexto social e interpersonal, cuyas características personales, basadas en un apego inseguro se presentan a modo de conductas y cogniciones maladaptativas, así como habilidades empobrecidas que a su vez merman la posibilidad de recibir un apoyo interpersonal y de incrementar la calidad de sus redes como un factor, a demás, amortizante para los estresores sociopolíticos (determinantes sociales) que envuelven de modo particular a los individuos con depresión.

1.2.4. Modelo social de la depresión. El incremento en los índices de depresión en los últimos años trae luz a la etiología contextual de la depresión (Cappeliez & Flynn, 1993). El modelo ecológico, que defiende que existen determinantes ambientales que influyen de modo importante al desarrollo de la depresión ha sido perfeccionado en los últimos años al integrar causales objetivos de estrés como catástrofes naturales o el diagnóstico de enfermedades físicas (Uher & McGuffin, 2010). Más aun, medicalizar, o dar un diagnóstico a los individuos que viven en situaciones sociales adversas implica un visión neoliberal que sostiene la marginalización de aquellos que se encuentran reprimidos (Thangadurai, & Jacob, 2014).

Determinantes sociales de Salud Mental a nivel mundial. La salud mental de los individuos está impactada por variables individuales, biológicos y psicológicos, así como el género, la raza, las circunstancias sociales y el ambiente físico en los que se encuentra inmerso (OMS, 2012). Algunos de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la depresión a nivel social incluyen: soledad, duelo, conflicto familiar, dificultades o fracaso académico, estrés laboral, desempleo, empobrecido acceso a los servicios de salud básicos, vivienda y educación inadecuada, inequidades de género y exposición a desastres naturales o guerras (OMS, 2012, p. 5). Varios de los anteriores han sido identificados de modo exponencial en situaciones de

pobreza, marginalización y exclusión social (Thangadurai, & Jacob, 2014), incluso si esta es subjetiva (Miyakawa, Magnusson, Theorell, & Westerlund, 2011). Una evidencia de lo anterior es a lo que se le llama el “gradiente social de la salud,” en donde se observa que el riesgo de padecer alguna enfermedad o enfermedad mental se incrementa mientras se disminuye el estrato socio económico de la población, sugiriendo que las condiciones de vida experimentada por miembros de estos grupos sociales favorecen o están relacionadas a la etiología de varias enfermedades mentales (Fisher & Baum, 2010).

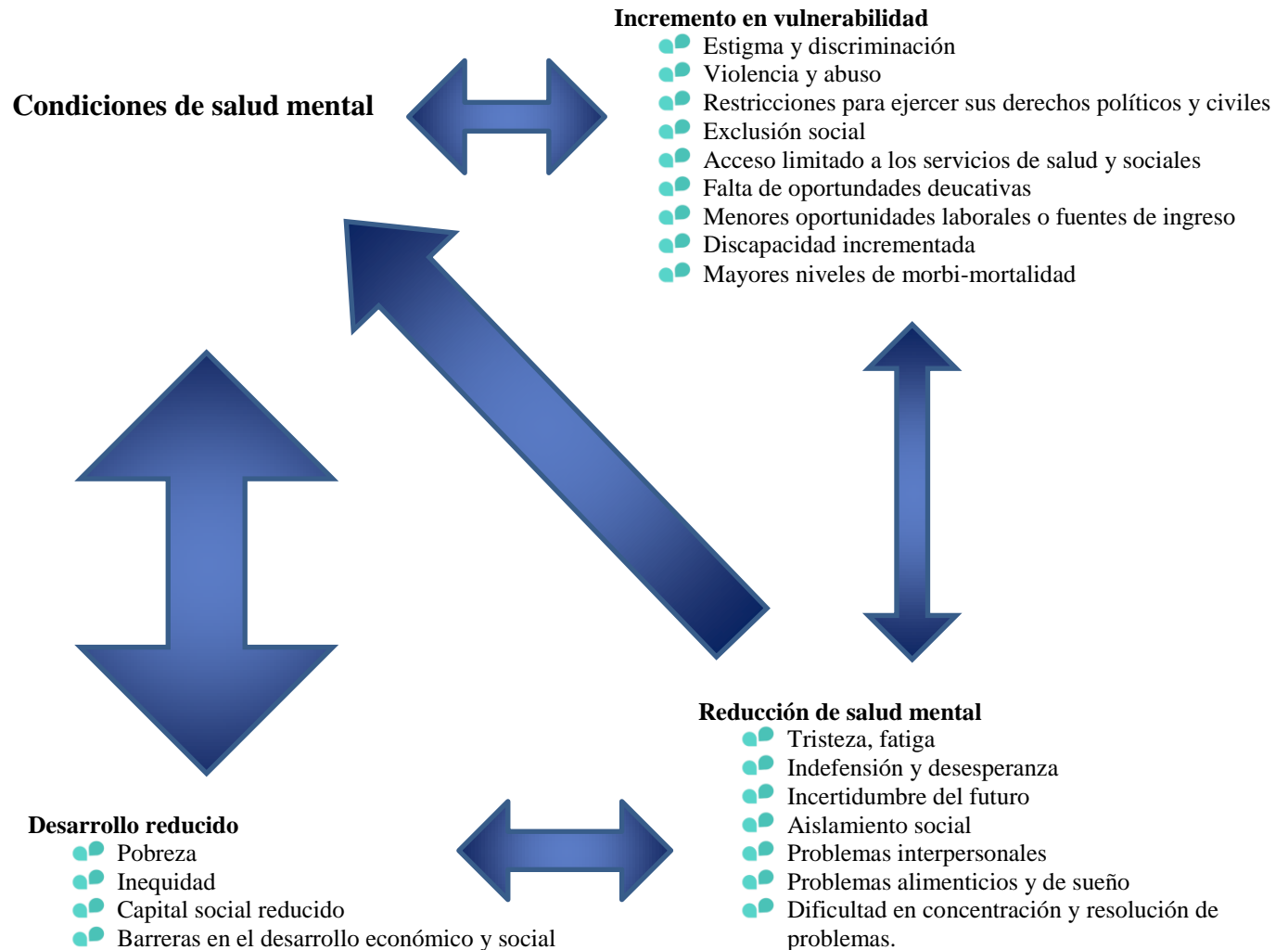
Las condiciones de vida relacionadas a los determinantes sociales establecidos se viven como situaciones desafiantes o adversas que generan reacciones de estrés crónico al considerarse incontrolables, disparando respuestas neuronales corticales y somáticas, por vías del HPA que libera glucocorticoides como el cortisol, así como adrenalina, haciendo vulnerables particularmente en aquellas personas con empobrecida capacidad de neuroplasticidad (Fisher & Baum, 2010, p. 1058). Incluso en individuos saludables, la exposición a estos factores de riesgo de modo crónico trae consigo modificaciones cognitivas y conductuales como una estrategia para adaptar su conducta a los cambios ambientales (estilo de afrontamiento autoplástico), relacionado al sistema dopaminérgico, y a una hipervigilancia hacia factores adversos. Algunas alteraciones fisiológicas incluyen incremento en presión arterial y glucosa, potencialmente asociada a los incrementos en enfermedades como hipertensión, obesidad y diabetes tipo 2 en grupos sociales en riesgo (Chrousos & Gold, 1992).

La discriminación racial, de género o por la pertenencia a grupos minoritarios promueve la exclusión social. Pertenecer a un estrato socioeconómico en desventaja incluye un empobrecimiento en recursos materiales, además de una percepción subjetiva de menor status social (Miyakawa, Magnusson, Theorell, & Westerlund, 2011). Se sostiene este último como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades físicas y mentales en general y depresión en particular (Leu, Yen, Gansky, Walton, Adler, Takeushi, 2007) y que está determinado, a su vez, por satisfacción de vida, una percepción de desventaja económica, académica o social (Miyakawa, Magnusson, Theorell, & Westerlund, 2011). De modo particular, el género femenino en sociedades en donde existe una marcada diferenciación de roles de género, aunado a la violencia intrafamiliar y el abuso, así como la distribución desigual de los salarios para hombres y mujeres se presenta como un factor causal para el elevado nivel de depresión en este grupo social (OMS, 2012). Al mismo tiempo, los determinantes sociales causan un efecto

“transaccional,” ya que no sólo incrementan el riesgo a desarrollar enfermedades mentales, sino que éstas en sí incrementan el riesgo de exclusión, pobreza y marginalización, es decir, de experimentar los determinantes de salud mental (Véase Fig. 3).

Uno de los cambios cognitivos y conductuales derivados de la exposición de estos factores estresantes de modo crónico es la hipersensibilidad a la respuesta de estrés, el sesgo de atribución a eventos y actitudes negativas, así como la predictibilidad de eventos estresantes futuros, basada en aprendizajes previos, lo que merma el sentido de control sobre las situaciones, es decir, incrementa el sentido de indefensión aprendido y una visión de locus de control externo y, como se mencionó previamente, una preferencia por un estilo de afrontamiento autopático (Fisher, 2009).

1.2.4.1. Depresión y pobreza. En países en vías de desarrollo, la depresión se exagera por factores de riesgo como lo es la pobreza, con sus consecuencias como pobre alimentación, acceso limitado a los servicios básicos de educación, y estrés y salud familiar (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2003; OMS, 2004). Más aún, las condiciones como el desempleo, los bajos niveles de educación la violencia y el trauma se han asociado a la causalidad depresión-pobreza (Patel & Kleinman, 2003; Secretaria de Salud, 2001). La Organización Mundial de la Salud estima que la prevalencia de depresión en las personas viviendo en situaciones de pobreza frente a la población general es de 1.5-2 veces más alta (OMS, 2004). Aún así, una tercera parte de estos países no tiene un presupuesto destinado a los servicios de salud mental, y para aquellos que sí, 36.3% invierten menos de un 1% de su presupuesto anual en servicios de salud mental (OMS, 2001, 2003, 2005). Esto es particularmente relevante dado que se espera un incremento en los problemas de salud mental debido a factores como violencia, envejecimiento y uso de sustancias en la población general (Medina- Mora, et al., 2003).

Fig. 3. Vulnerabilidad y efecto transaccional de los determinantes sociales y la salud mental

(Organización Mundial de la Salud, 2010)

Depresión y pobreza en México. En México, en donde la presencia de los factores de riesgo anteriormente citados es significativa, se han encontrado cifras para depresión del 9.2% de la población (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, *et al.*, 2005), y se estima que al llegar a los 75 años, una de cada cinco personas habrá tenido un episodio de depresión mayor (Kessler, Angermeyer, Anthony, De Graaf, *et al.*, 2007), haciéndola la segunda causa de problemas de salud mental en el país, precedida únicamente por trastornos de ansiedad (fobia social y trastorno de estrés postraumático) (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, Rojas, Fleiz, *et al.*, 2009). De modo particular, los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en la población mexicana

se han identificado como ser del género femenino, dedicarse a la casa, dedicarse al cuidado de algún familiar enfermo, vivir condiciones de pobreza, de desempleo, violencia, crisis económica o de inseguridad, estar involucrado en problemas legales, y vivir en aislamiento social (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

Con respecto a género, las mujeres tienen casi el doble de prevalencia (10.4%) de depresión que los hombres (5.4%) y es la principal causa de discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (González-Pier, Gutiérrez-Delgado, Stevens, Barraza-Lloréns, Porrás-Condey, Carvalho, *et al.*, 2007), superando la cantidad de días perdidos de trabajo debido a enfermedades crónicas como lo son enfermedades cardiovasculares, asma, Virus de Inmunodeficiencia Adquirida [VIH], epilepsia, tuberculosis, Obstrucción pulmonar crónica, úlceras gástricas y cáncer (Lara- Muñoz, *et al.*, 2007). De la misma manera, el padecer una de las anteriores condiciones médicas crónicas, incrementa el riesgo a padecer depresión, concretamente dos veces las cifras de la población general para diabetes, tres para asma y obesidad, y hasta cinco veces para dolor crónico (Medina-Mora, Rojas, Borges, Vázquez-Pérez, Fleiz, & Real, 2008).

A pesar de lo anterior, y de que los índices de depresión para la personas que padecen depresión en condiciones de pobreza se agudiza, menos del 20% de aquellos que padecen este padecimiento recibe un tratamiento (Medina Mora, *et al.*, 2005), independientemente de familiaridad con la enfermedad, ya que la evidencia demuestra que los índices de conocimiento público alcanzan hasta el 83% de la población (Blumenfield, Suojanen, & Weiss, 2012). Las cifras de tratamiento se disminuye en las zonas rurales del país y estados donde se tiene un psicólogo por cada 40,000 habitantes (González, 2005; Medina-Mora, *et al.* 2003). En el 2003, Medina Mora realizó una encuesta acerca de la prevalencia de problemas de salud mental en México, así como el uso de los servicios de psicología y psiquiatría. Los autores concluyeron que los medios de intervención usualmente obtenidos fueron por medio del médico familiar o asistencia a sanadores tradicionales o brujos; y que uno de cada 10 recibe atención especializada por parte de un especialista en salud mental: Médicos psiquiatras o psicólogos.

La búsqueda de atención puede tomar un periodo de tiempo de 8 a 15 años desde su inicio hasta su atención profesionalizada y que el 15 por ciento de la las personas que sufren de enfermedades mentales prefieren el uso de auto-prescripciones (Vitela, 2006). Esto es probablemente debido a la creencia que los problemas se deben mantener en la unidad familiar

(Alvidrez, 1999). Otras barreras a la atención por profesionales de salud mental desde una perspectiva cultural se asocian a la creencia que los tratamientos médicos no son adecuados para los problemas emocionales o que se cree que existe una “la diferencia cultural entre el especialista y los pacientes, la cual es incluso mayor que aquella que existe con el médico general” (Salgado de-Sneider et al., 2002, p. 23). Asimismo, se han identificado la falta de información acerca de los recursos existentes o alternativas de tratamiento, sentimientos de vergüenza y preocupación por las opiniones de los familiares y empleadores si se enteraran de sus problemas de salud mental (Medina Mora, 2003), el “fatalismo” de la población latina o locus de control externo (Kouyoumdjian, Zamboanga, & Hansen, 2003).

González- Salvador (2005) sostiene que otro punto a ser cuestionable acerca de los tratamientos de la depresión es el socioeconómico, ya que las dificultades relacionadas a la búsqueda de atención especializada en salud mental adecuadas incluyen la falta de profesionales en salud mental en el país, y que de aquellos certificados 41 por ciento se encuentran en la ciudad. Aunado a esto, solo siete estados tienen un número satisfactorio de psiquiatras para la población, mientras que solo cuatro tiene un numero satisfactorio de psicólogos (uno por cada 100,000 y uno por cada 40,000 respectivamente). Esto puede dar razón del motivo por el que el tratamiento es tan escaso, y que los médicos familiares o médicos generales tratan con estos trastornos en el 42 por ciento de las ocasiones. De acuerdo con la información, los psicólogos son la segunda fuente de tratamiento para ambos hombres y mujeres padeciendo depresión (42 y 36 por ciento respectivamente), y los psiquiatras la tercera fuente solo para hombres, mientras que para las mujeres este lugar lo ocupan los ministros religiosos. Los curanderos tradicionales se consultan en un promedio del 9 por ciento los hombres y 11 por ciento de las mujeres (González-Salvador, 2005), lo que hace ver la importancia de estos miembros incluso en este siglo presente.

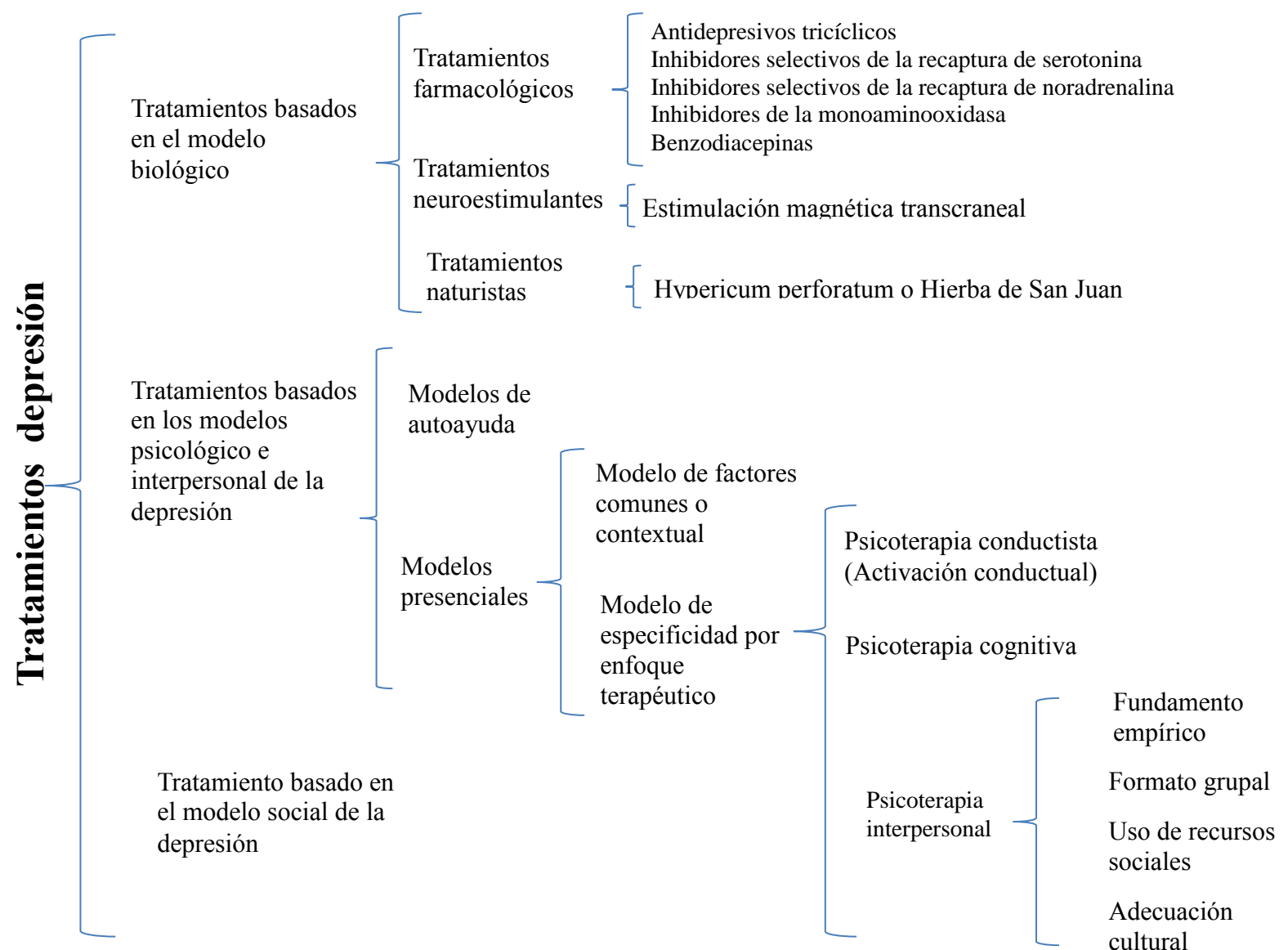
Si bien se han propuesto diferentes modelos que pretenden abordar las diversas dimensiones asociadas al inicio, mantenimiento y reincidencia en el trastorno depresivo, estos modelos son sólo algunos que se relacionan con las principales propuestas de intervención con fundamento empírico generadas hasta ahora. En el siguiente apartado, se elaboran en los principales tratamientos para la depresión, desde los niveles preventivos, hasta los niveles de intervención, poniendo un énfasis particular en el modelo interpersonal que se aborda en el presente proyecto de investigación fundamentado en la dimensión psicosocial e la depresión, la teoría de los apegos y las dimensión transaccional de la depresión presentada previamente. Lo

anterior con base en la relevancia que tienen las redes sociales y apoyo social en la depresión, así como las implicaciones psicosociales que a su vez tiene este padecimiento en la capacidad del individuo para conservar o crear nuevas redes de apoyo.

1.3.Tratamientos depresión

Debido a las implicaciones personales, interpersonales y sociales de la depresión en la actualidad y su proyección para la próxima década, la Organización Mundial de la Salud ha señalado a su tratamiento como parte de sus prioridades de atención (Murray & López, 1996). Para la atención de esta patología existen al menos dos modalidades: una con un enfoque preventivo que identifique las poblaciones en riesgo o a los individuos con posibilidades de recaída y otra dirigida a la atención del individuo que la padece (Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos, Beekman, 2008).

Fig. 4. Cuadro tratamientos depresión



1.3.1. Tratamientos preventivos. De modo general, los tratamientos de atención de la depresión son eficaces en un 35% de la población afectada (Andrews, Issakidis, Sanderson, Corry, & Lapsley, 2004); sin embargo, los individuos que padecen depresión no suelen recibir un diagnóstico o un tratamiento especializado (Berner, Kriston, Sitta, & Harter, 2008; Boenisch, Kocalevent, Matschinger, Mergl, Wimmer-Brunauer, Tauscher, et al., 2012), haciendo difícil dar respuesta a las personas en un periodo crítico del trastorno. Esto se hace aún más relevante si consideramos que, si bien la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos ha sido evidenciada, ésta se disminuye en casos de depresión crónica (Cuijpers, Andersson, Donker & Van Straten, 2011). Los tratamientos de prevención buscan reducir la necesidad de atender las demandas asociadas al padecimiento depresivo en el sistema de salud en general y el individuo en particular (Morales, Rodríguez, Ortega, & Lazcano, 2006).

Algunos de los principales programas han ido encaminados a la detección temprana como es el caso del proyecto realizado por Morales y colaboradores (2006), en donde identificaron cuatro factores asociados a la sintomatología depresiva en usuarios de servicios hospitalarios en la Ciudad de México: 1) el género, siendo las mujeres más propensas a presentar depresión que los hombres, 2) antecedentes heredofamiliares, 3) problemas familiares y pérdidas, y 4) enfermedades.

De modo complementario, un segundo modelo de atención preventiva se ha encaminado a la atención en poblaciones identificadas en riesgo, como lo son mujeres embarazadas, madres con neonatos muy prematuros (Hagan, Evans, & Pope, 2004), individuos con depresión subclínica (Allart-van Dam, Hosman, Hoogduin, & Schaap, 2007), personas con enfermedades crónicas (Martinovic, Simonovic, Djokic, 2006), estudiantes (Noel, Rost, & Gromer, 2013; Sheffield, Spence, Rapee, Kowalenko, Wignall, Davis, & McLoone, 2006; Spence, Sheffield, & Donovan, 2003), o personas de la tercera edad (Rovner, Casten, Hegel, Leiby, Tasman, 2007). Si bien se ha encontrado que su efectividad es similar independientemente de la población blanco, se ha definido que la selectividad de población es más eficaz que los programas universales de prevención (Cuijpers, et al., 2008; Noel, Rost, & Gromer, 2013).

Un tercer modelo de prevención en depresión dirige su atención a los individuos que presentan sintomatología muy ligera o debajo de la especificada para dar un diagnóstico (Cuijpers & Smit, 2002; Cukrowics, Smith, Hohmeister, & Joiner, 2009). Sin embargo, muchos de estos programas carecen de la característica preventiva, identificándose de modo más preciso como

terapéutica ya que incorporan de modo general componentes clave de los modelos Cognitivo Conductuales e interpersonales, aunque con un nivel de intensidad menor (Cukrowics, et al., 2009). De modo general, se han encontrado algunas características comunes a los programas preventivos más eficaces: la integración de trabajo cognitivo, conductual e interpersonal; que el número de sesiones sea entre 6 y 12 y la asignación de tareas en casa (Stice, Shaw, Bohon, Marti, & Rohde, 2009). No obstante, los tratamientos preventivos que utilizaron la Terapia Interpersonal como marco de referencia, más que los tratamientos Cognitivo Conductual tuvieron mayores efectos en la prevención de trastornos depresivos (Ciuipers et al., 2008).

1.3.2. Tratamientos de atención

1.3.2.1. Tratamientos basados en los modelos biológicos.

1.3.2.1.1. Tratamientos farmacológicos. Los tratamientos psicofarmacológicos sigue siendo la principal vía de tratamiento para la depresión actualmente (OMS, 2003). En el año 2007, el número de prescripciones médicas para tratamientos antidepresivos fue muy superior que para cualquier otro medicamento en el mercado farmacológico (más de 232 millones de recetas) (Solomon, Ford, Adams & Graves, 2011). De acuerdo con Ebmeier y colaboradores (Ebmeier, Berge, Semple, Shah & Steele, 2004) su uso se relaciona con la hipótesis de la monoamina en la depresión; es decir, que la depresión está basada en una deficiencia de la hormona noradrenérgica y por ende un decremento en otros neurotransmisores como la serotonina y dopamina. Entre ellos se encuentran los antidepresivos tricíclicos (Levin, 2013), que incluyen la amitriptilina, nortriptilina, imipramina y desipamina, o los de segunda generación como la doxepina (Ebmeier, et al., 2004). Un ejemplo de estos es el Elavil, Tofranil, Anafranil, y Vivactil; los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) (Ainsworth, 2000); Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (NARI), como la Reboxetina y maprotilina; los Inhibidores de la Monoaminooxidasa (MAO). Internacionalmente, entre el 9 y el 69% de la población que recibe atención psicofarmacológica recibe un modelo combinado de ISRS y benzodiazepinas (Alonso, Angermeyer, Bernert, et al., 2004; Valenstein, Taylor, Austin, et al., 2004).

De modo particular, al evaluar preferencias personales, se ha encontrado que únicamente alrededor del 10% de los pacientes elijen tener un tratamiento psicofarmacológico como modelo único de intervención (Steidman, Manber, Arnow, Klein, Markowitz, Rothbaum, et al., 2012). Esto sobretodo porque la perspectiva actual en el uso de antidepresivos tiende a ser negativa

(Gibson, Cartwright, & Read, 2014), aunque las visiones están polarizadas (Montagne, 2011). Algunas de los puntos de vista relevantes desde los consumidores alrededor de la psicofarmacología incluye el miedo a crear tolerancia, la creencia de que no está realmente solucionando el problema subyacente, y la necesidad de autodeterminación (Gibson, Cartwright, & Read, 2014).

En depresiones ligeras a moderadas, la psicoterapia tiene niveles semejantes de eficacia que los tratamientos farmacológicos, aunque la combinación de ambos, a más de ser el tratamiento de preferencia por la mayor parte de los individuos que buscan tratamiento (Steidman, et al., 2012), favorecen una mejor eficacia que cada uno por su cuenta (Cuijpers, Andersson, Donker & Van Straten, 2011; Lara-Muñoz, Robles-García, Orozco, Real, Chrisholm, & Medina-Mora, 2010), probablemente por el rol que la psicoterapia ocupa en favorecer el apego al tratamiento farmacológico (Delgado, 2006).

Los datos presentados son particularmente relevantes si se considera que la falta de apego, en sí, es la principal barrera a la que se enfrenta el tratamiento psicofarmacológico, consistiendo de entre el 33 y el 53% de los pacientes que discontinúan el tratamiento psicofarmacológico durante las primeras semanas (Hu, Bull, Hunkeler, Ming, Lee, Fireman, et al., 2004; Lin, Von Korff, Katon, Bush, Simon, Walker, et al., 1995), incrementando con esto significativamente el riesgo a la recaída (Melartin, Rytsala, Leskela, Lestela-Mielonen, Sokero, & Isometsa, 2005). Esta falta de adherencia se ha da mayoritariamente si se presenta como síntoma secundario la presencia de náusea, en donde hasta el 95% de los pacientes abortan el tratamiento (Crawford et al., 21014). Sin embargo, otros factores se han asociado a la falta de apego, como lo son pertenecer a la cultura latina (Interian, Lewis-Fernandez, Gara, & Escobar, 2013), el estigma social, las creencias negativas acerca el tratamiento, la falta de apoyo de la familia, el sentirse excluido de las decisiones médicas, estar en desacuerdo con el diagnóstico de depresión, problemas económicos o no sentir mejoría (Chong, Aslani, & Chen, 2013; Gibson, Cartwright, & Read, 2014; Steidman, Manber, Arnow, Klein, Markowitz, Rothbaum, Thase, et al., 2012).

De modo general, algunas de las críticas realizadas a los antidepresivos en conjunto desde una visión de salud pública incluye que si bien sus efectos son significativos durante los primeros dos meses, en el 40-50% de los individuos estos suelen decrementar o incluso nulificarse a lo largo de un año de tratamiento (Nassir, Vohringer, & Whitham, 2013). Asimismo, en estudios frente a placebo, se ha identificado que este último tiene una eficacia de hasta el 30% en el

tratamiento de la depresión (Walsh, Seidman, Sysko, & Gould, 2002). Más aún, existe aún por comprobarse las propiedades carcinogénicas en estudios animales (Sternbach, 2003) y el incremento paradójico en riesgo a suicidio en los usuarios de antidepresivos, aunque los resultados de esto último siguen siendo debatidos (Isacson, Reutfors, Papadopoulos, Ösby, & Ahlner, 2010).

1.3.2.1.2. Tratamientos neuroestimulantes: Estimulación Magnética Transcraneal (EMT). Este modelo de intervención aprobado en 2008 para sujetos con resistencia a los medicamentos antidepresivos (Carpenter, Janicak, Aaronson, Boyadjis, Brock, Cook, et al., 2012; Frank, Eichhammer, Burger, Zowe, Landgrebe, Hajak et al., 2011), que suele ir del 20-40% de la población con depresión (Kessler, Berglund, Demler, et al., 2003) tiene su etiología a partir de la hipótesis de estrés de la depresión (Andrus, et al., 2012) que sostiene que existe una hiperactivación del individuo frente a situaciones de estrés explicado desde el funcionamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y una disfunción por hipoactividad de la corteza frontocingulada, así como una hiperactividad del área cortical y subcortical y una activación del eje simpático adrenomedular (Pizzagalli, 2011). Esta visión desde los marcadores biológicos de la depresión se asocia a la hipótesis de la inflamación de las citoquinas que explican la disminución en la respuesta inmune en individuos que padecen depresión (Brunoni, Machado-Vieira, Zarate, Valiengo, Vieira, Benseñor, et al., 2014).

Consiste en la aplicación dos mil choques eléctricos de débil amplitud (20-Hz) directamente sobre el lado izquierdo dorsolateral del cráneo con una intensidad usualmente del 110% del límite motor (Frank et al., 2014). La técnica se lleva a cabo a partir de dos electrodos: el ánodo y el cátodo, uno que incrementa la excitabilidad cortical (a 5-20HZ) y un segundo que la inhibe (a 1Hz) (Brunoni, et al., 2014; Kito, Hasegawa, & Koga, 2011). El tratamiento se recomienda para su aplicación diaria por cuarenta minutos durante un periodo de 4 a seis semanas; sin embargo, se han propuesto estrategias alternas en intensidad de pulsaciones (McDonald, Durkalski, Ball, Holtzheimer, Pavlicova, Lisanby, et al., 2011) o de sesiones intensivas con dosis de 15 pulsaciones o choques eléctricos en 10 sesiones espaciadas en el lapso de dos días encontrando no sólo que es seguro, sino que se mantiene su eficacia en seguimientos longitudinales (Holtzheimer, McDonald, Mufti, Kelley, Quinn, Corso, et al., 2010; Mantovani, Pavlicova, Avery, Nahas, McDonald, Wajdik, et al., 2012).

Los efectos de esta intervención se han comparado con aquellos de los ISRS e incluso frente a la Terapia Electroconvulsiva (TE) en ensayos clínicos y estudios naturalistas (Berlim, Van den Eynde, & Daskalakis, 2013). Estas se sintetizan en efectos comparables en ISRS y EMT en una reducción de 9 puntos en promedio en puntuaciones en el HAM-D (Carpenter, Janicak, Aaronson, Boyadjis, Brock, Cook, et al., 2012; Frank et al., 2011) y una disminución de niveles de citoquinas en plasma (Brunoni, et al., 2014). Por otra parte, se encuentran resultados similares entre la TE y la EMT en efectos en sistema endócrinos, parámetros del sueño, más se mantienen las ventajas en índices de remisión en la TE que la EMT en el tratamiento de estadios depresivos agudos. En cuanto a la influencia del sistema dopaminérgico en el área estriada antefrontal, que da luz a las modificaciones (agitación o retraso) de la conducta motora en individuos con depresión y la anhedonia (Lemke, Puhl, Koethe, Winkler, 1999) se ha encontrado que si bien la EMT reduce la agitación, no tiene un efecto directo en el retraso o alentamiento psicomotor (Hoeppner, Padberg, Domes, Zinke, Herpertz, Großheinrich et al., 2010). Otro de los efectos asociados a nivel neurobiológico es un decremento en el flujo sanguíneo cerebral en las regiones prefrontales, particularmente la orbitofrontal, la subgénero singularada, el putamen derecho y la insula anterior del mismo lado inhibiendo de esta forma la actividad límbica (Kito, Hasegawa, & Koga, 2011).

Algunas ventajas vinculadas a este modelo de intervención frente a los ISRS y la TE es que no tiene efectos secundarios, no provoca convulsiones ni requiere de anestesia, haciéndolo ampliamente aceptado (Frank et al., 2011). Además, al ser una intervención focalizada, no afecta las células periféricas (Brunoni, et al., 2014) e incluso se ha ligado a un aumento en el desempeño cognoscitivo (Guse, Falkai, & Wobrock, 2010).

1.3.2.1.3. Tratamientos naturistas: Hypericum perforatum o Hierba de San Juan. El *hypericum perforatum* (Clusiaceae) o Hierba de San Juan (HSJ) es un tratamiento fitoterapéutico cuyo uso se ha diseminado alrededor de Europa en el tratamiento de formas de depresión leves a moderadas (Berner, Kriston, Sitta, & Harter, 2008; Grobler, Matthews & Molenberghs, 2014; Jungke, Ostrow, Li, Norton, Nieber, Kelber, et al., 2011). Se han identificado alrededor de 150 substancias que la componen; sin embargo, tres han sido señalados como responsables del efecto antidepressivo: los flavanoides, la hypericina y la hyperforina.

La evidencia de su efectividad no es consistente, mientras que unos estudios equiparan su eficacia con los tratamientos psicofarmacológicos e incluso afirman su superioridad al placebo

(Junke, et al, 2011), otros sostienen que no existe diferencia significativa entre éste y el placebo (Grobler, Matthews & Molenberghs, 2014).

En el caso de la HSJ las vías de acción no han sido consistentemente definidas; sin embargo, se han propuesto al menos dos vías de acción antidepresiva, la primera a partir de la recaptura de la monoamina, la cuál apoya en la disponibilidad sináptica de la serotonina, la dopamina y la norepinefrina de modo comparable con los ISRS (Muller, 2003). La segunda, desarrollada a partir de un estudio por Grundmann y colaboradores (Grundmann, Lv, Kelber, & Butterweck, 2010), evaluó su efecto en ratas expuestas a estrés, encontrando que de forma paralela a la fluoxetina la HSJ decrementaba los niveles de la hormona adrenocorticotropica y los niveles de corticosterona en plasma, así como normalizaba los niveles de las enzimas antioxidantes en las regiones hipotalámicas y el hipocampo. A partir del modelo etiológico del estrés para el desarrollo de la depresión, se propone que el mecanismo de acción de la HSJ está relacionado con los sistemas neuroendócrinos en afrontamiento al estrés y funcionamiento inmune a partir de la modificación de genes y tags de expresión de secuencias (EST por sus siglas en inglés) en similitud con el uso de la fluoxetina demostrando su actividad neuroprotectora (Grobler, Matthews & Molengerhs, 2014). No obstante, en otros estudios (Brunoni, Machado-Vieira, Zarate, Valiengo, Vieira, Benseñor, et al., 2014) los resultados asociados al mejoramiento del sistema inmune se han comparado a aquellos del efecto placebo en los tratamientos ISRS.

Por una parte, uno de los efectos adversos de la fitofarmacología, especialmente de la sustancia hipericina es la fotosensibilidad (Schulz, Schurer, Bassler, & Weiser, 2006); a pesar de ello, por otra parte, algunas de las ventajas identificadas en el uso de la HSJ como tratamiento fitofarmacológico frente a los psicofármacos usuales son el bajo riesgo a crear tolerancia a la sustancia, la disminución de los efectos secundarios identificados producidos por los ISRS como la pérdida de libido, náusea, dolor abdominal y diarrea, fatiga, hipertensión e incremento de peso (Kasper, Gastpar, Moller, Muller, Volz, Dienel, et al., 2010) y una mayor adherencia al tratamiento que de modo general vincula la efectividad con la eficacia de un tratamiento en el análisis de costo-eficacia de un tratamiento (Solomon et al., 2011).

En sociedades industrializadas, más del 50% de los individuos que buscan un tratamiento terapéutico, recibe un tratamiento eficaz (Berner, Kriston, Sitta, & Harter, 2008). Es relevante señalar que una significativa parte de los estudios que benefician a la HSJ sobre otros tratamientos se ha llevado a cabo en Alemania. A partir de un estudio de Berner y colaboradores

(2008), se definió que en este país la búsqueda de un tratamiento natural o técnicas de relajación como medio de atención es hasta 6 veces mayor que la psicoterapia o farmacoterapia. Esto pudiera reflejar meramente un acostumbre cultural por parte de los Alemanes, quienes tienen una preferencia por los tratamientos fitofarmacológicos sobre los químicos (Berner, et al., 2008), o una tendencia a entender la depresión como un estado emocional pasajero, más que como una enfermedad que requiere de tratamientos específicos. Esto a su vez se vincula a la venta de este producto como tratamiento en venta bajo supervisión médica o suplemento alimenticio que se puede comprar sin receta en farmacias (Gastpar, 2013).

1.3.2.2. Tratamientos basados en los modelos psicológicos. Si bien la investigación en los tratamientos terapéuticos es relativamente nueva, comenzando con los estudios de Eysenck en 1952, en la actualidad tenemos evidencia por medio de estudios cuantitativos y cualitativos de que la terapia funciona (Bergin & Garfield, 1994; Lambert & Olges, 2004; Luborsky, McLellan, Diger, Woody & Seligman, 1997). Por cinco décadas se ha documentado su efectividad por medio de ensayos clínicos con grupos experimentales y controles, afirmando que el paciente promedio en un proceso terapéutico se presenta hasta 85 por ciento mejor que aquel en lista de espera (Castonguay & Beutler, 2006) y que no existen diferencias significativas entre los diferentes modelos teóricos (Wampold, 2006).

Las personas que buscan apoyo terapéutico suelen ser aquellas con índices de depresión más severos e incapacitantes (Boenisch, Kocalevent, Matschinger, Mergl, Wimmer-Brunauer, Tauscher, et al., 2012); sin embargo, los índices de remisión para este grupo luego del tratamiento son menores que para aquellos con niveles de depresión moderados o ligeros (29%, contra 36% y 45% respectivamente) (Angstman, Pietruszewski, Rasmussen, Wilkinson, & Katzelnick, 2012). Existen dos modelos principales de atención psicológica para la depresión: el tratamiento presencial y los modelos de autoayuda. De acuerdo con Cuijpers y colaboradores, no existen diferencias significativas entre ambos (2011), sobretodo en el tratamiento de depresiones leves a moderadas (Morgan & Jorm, 2008).

Modelos de Autoayuda para el tratamiento de la depresión. Como respuesta a las limitaciones que presentan los modelos presenciales –estigma, problemas prácticos relacionados a tiempo y distancia y falta de confianza en los modelos terapéuticos- los modelos de autoayuda desde diferentes modelos teóricos han cobrado fuerza (Mains, & Scogin, 2003). Estos a su vez, han solidificado el sentido de empoderamiento (Lovell, Bower, Richards, Barkham, Sibbald,

Roberts, et al., 2008) de aquellos que se apoyan de estos modelos de ayuda. Si bien los modelos de autoayuda suelen dirigirse desde enfoques cognitivo conductuales (Bilich, Deane, Phipps, Barisic, & Gould, 2008), otros modelos han sido propuestos desde mindfulness (Zautra, Davis, Reich, Nicassario, Tennen, & Finan, 2008) o Terapia Interpersonal (García-Sánchez & Palazon-Rodríguez, 2012; Weissman, 1995).

En un estudio realizado por Coote y MacLeod (2012), publicaron un modelo de autoayuda basado en la búsqueda de bienestar a partir del planteamiento de metas y planeación para la consecución de las mismas. El modelo biblioterapéutico de 46 páginas a seguirse en un lapso de cinco semanas toma de la terapia conductual (Activación conductual) (Dimidjian, Hollon, Dobson, Schmaling, Kohlenberg, Addis, et al., 2006) y la terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006), la premisa del vínculo que existe entre las metas y el sentido de bienestar por una parte, y la correlación negativa que existe entre el bienestar subjetivo, el sentido de autoeficacia y la patología depresiva (Lyubomirsky, 2001). Los resultados de la investigación son consistentes con otras, demostrando una disminución en la sintomatología depresiva, así como un incremento en satisfacción de vida en contraste con la lista de espera. No obstante, los autores sugieren la necesidad de un número de contacto telefónico en donde pudieran llamar al menos 5 minutos semanales para asegurar el apego al modelo.

Sin embargo, aunque los modelos de autoayuda resultan prometedores en el desarrollo de tratamientos costo-eficientes que prescindan de recursos profesionales para la promoción de salud mental, presentan un número de limitaciones relevantes. En primer lugar, éstos requieren del apoyo de recursos vía telefónica (Bilich, Deane, Phipps, Barisic, & Gould, 2008), en segundo, para iniciar y apegarse a este modelo de tratamiento se antecede con un nivel de motivación medio-alto así como capacidad de autogestión, finalmente, asumen un nivel letrado en los usuarios.

Modelos presenciales para el tratamiento de la depresión. Si bien los resultados de los meta-análisis deben tomarse con reservas por varios factores, entre los que se encuentran las diferencias culturales (Hill & Lambert, 2004), la sensibilidad de las diferentes escalas frente a la sintomatología depresiva (Helmreich, Wagner, Mergl, Allgaier, Hautzinger, Henkel, et al., 2012), las diferencias en los estudios entre autoreportes y reportes clínicos, así como el efecto que producen los sesgos de publicación en los resultados presentados (Becker, Heinberg, & Bellak, 1987), de modo general, se ha encontrado que las personas que reciben tratamiento reducen la

incidencia de sintomatología depresiva hasta en un 22%, frente a aquellas que no la reciben (Cuijpers, van Straten, Smit, Mihalopoulos, & Beekman, 2008).

Existen dos modelos fundamentales de estudiar la evidencia de los tratamientos terapéuticos: una primer línea que evalúa los factores comunes a todas las intervenciones psicológicas, independientemente del modelo teórico, que asume que existen ingredientes comunes a todas las terapias que explican el éxito de la intervención (Norcross, 2002); y un segundo, que de modo paralelo al modelo médico, evalúa la especificidad en técnicas como ingredientes esenciales y específicos para abordar el padecimiento psicológico (Imel & Wampold, 2008).

Modelo de factores comunes o contextual. En 1936, Saul Rosenzweig postuló la Teoría del Dodo, con base en la frase de Alicia en el país de las Maravillas “*All have won, and all must have prizes,*” esto es, que existen factores comunes a todos los modelos psicoterapéuticos que explican la efectividad de la psicoterapia, más allá de las diferencias individuales del modelo teórico. Otra forma de explicarlo, es que no existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos por diferentes modelos terapéuticos al analizarse en estudios metaanalíticos o hacer utilizar modelos de apoyo sin condiciones específicas a modo de placebo en estudios experimentales (Stevens, Hynan, & Allen, 2000). Esta teoría de factores comunes ha sido confirmada en diferentes metaanálisis (Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman, Levitt, et al., 2002; Rosenthal & Rubin, 1985; Wampold 2001; 2006).

En 1995, Garfield enumeró los factores comunes a todas las psicoterapias, independientemente de las técnicas con las que se logran, y estos son 1) la alianza terapéutica; 2) la obtención de una interpretación y entendimiento; 3) cambios congoscitivos, 4) catarsis; 5) reforzamiento de conductas de autocuidado; 6) desensibilización; 7) relajación; 8) obtención de información de ambos lados; 9) apoyo; 10) expectativas positivas que inspiran esperanza; 11) exposición y afrontamiento a problemas previamente evitados; 12) tiempo personal; y 13) respuesta placebo, comparable con el efecto que causa la presencia de un placebo en el modelo psicofarmacológico. De modo general, estos factores explican el 70% de la varianza en la efectividad de la terapia, un 8% a variables como características del paciente e ingredientes específicos y el resto a variables no identificadas (Wampold, 2001). Algunas variables, como congruencia entre la preferencia terapéutica, explicaciones personales de etiología depresiva y el

modelo teórico se han encontrado relevante para predecir apego al tratamiento y beneficio que se obtiene del mismo (Steidman, Manber, Arnow, Klein, Markowitz, Rothbaum, et al., 2012).

Ciertas las limitaciones de los modelos de tratamiento psicológicos están relacionadas con un número de variables moderadoras que disminuyen los efectos de las intervenciones terapéuticas en general, entre ellos: la comorbilidad con otra psicopatología, como sintomatología ansiosa, estrés postraumático, o trastorno dismórfico corporal; o sintomatología exacerbada como insomnio e ideación suicida (Cukrowics, et al., 2009).

Aunque su estudio ha sido diseminado, el modelo de los factores comunes no ha estado libre de críticas. La primera de ellas supone que la presentación de resultados a partir de un modelo de relación terapéutica como factor común y variable con mayor peso estadístico en la mejoría del paciente, esta suposición podría desvalorizar la necesidad del uso de técnicas basadas en teoría que sostenga el trabajo terapéutico (Lazarus, 1989). De esta forma se propone que el trabajo terapéutico se limita casi en su totalidad a una relación cálida y comprensiva como fundamento del cambio, argumento que resulta insuficiente (Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon, 2006). Por último, los críticos del modelo de factores comunes niegan que las teorías propuestas por este modelo se fundamenten en premisas científicas, ya que carecen de argumentos consistentes para explicar las vías de cambio que den luz a los resultados obtenidos en los metaanálisis (Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble, et al. 2004).

Modelo médico o especificidad por enfoque terapéutico. El modelo médico o enfoque centrado en especificidad de la terapia explica que los cambios terapéuticos se dan a partir de la particularidad de los ingredientes del modelo teórico vinculado a la práctica clínica que permiten la curación a partir de la alteración de diferentes dominios, ya sea cognoscitivos, interpersonales, afectivos, conductuales, inconscientes o somáticos, y que éstos explican la efectividad de la intervención terapéutica (Norcross, 2000; Wampold, 2001). Los estudios basados en esta línea de pensamiento identifica al menos cuatro variables para el análisis de sus resultados: 1) Componentes específicos, 2) adherencia al modelo, 3) efecto de dosis y 4) efectos de la interacción entre el tratamiento y las características del paciente (Messer & Wampold, 2002).

Para desarrollar, en el estudio de la variable de componentes específicos se han realizado investigaciones en donde el ingrediente específico (o componente principal) de una intervención terapéutica es extraído con el fin de valorar la efectividad de la terapia aún sin el agente activo que produce la cura (Imel & Wampold, 2008).

Estudios relacionados a la variable de adherencia evalúan la consistencia existente entre la impartición del modelo, establecido a partir de manuales de intervención y los efectos obtenidos en el tratamiento. A partir del modelo se asume que a mayor sea la adherencia mayor sea la efectividad de la terapia. Esta teoría ha recibido apoyo al sostener que la adherencia del terapeuta sí está relacionada de modo significativo al efecto final de la terapia (Luborsky, 1985); sin embargo, los resultados no han sido consistentes (Shaw, Elkin, Yamaguchi, Olmsted, Vallis, & Dobson, 1999). Una de las principales críticas de esta adherencia es que es incongruente con el escenario clínico y que los encuentros terapéuticos pueden moldearse para cubrir el modelo teórico, perdiendo vista a la individualidad del paciente (Cuijpers, Reynolds III, Donker, Li, Andersson, & Beekman, 2012).

La variable de dosis (*dose effect*) prestada de la psicofarmacología, sostiene que existe una relación directa positiva entre número de sesiones y mejoría del paciente; es decir, que a mayor número de sesiones, mayor será el beneficio para el cliente (Kopta, 2003; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Esto se ha corroborado de modo parcial en estudios metaanalíticos (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986), afirmando que se percibe una mejoría del 15% en los pacientes entre el momento de la llamada y la primer sesión, ascendiendo a 50% en la octava sesión y 75% en la sesión número 26. Los autores también han señalado que estos efectos dependen del grupo diagnóstico, valorando la evidencia más vertiginosa a los grupos de pacientes con depresión (Kopta, 2003). En una investigación a gran escala publicada en Estados Unidos con estudiantes de universidad, se observó que si bien el índice de mejoría no es lineal (evaluado a partir del Outcome Questionnaire 45 OQ45), este se presenta en picos y valles; sin embargo, sí se presenta cierta consistencia en las diferencias pre-post con una tendencia a un mayor beneficio a mayor número de sesiones recibidas, especialmente en la subescala de distrés por síntomas, más que en los factores de relaciones interpersonales y roles sociales (Draper, Jennings, Baron, Erdur, & Shankar, 2002); sin embargo, los autores afirman que estos últimos no tienen mediciones tan confiables como la medición de la subescala de distrés por síntomas, por lo que los resultados deben ser tomados con cautela. De modo complementario se ha propuesto el modelo suficientemente bien ("*Good enough model*") que contiene que más allá de un parámetro generalizado de bienestar, las personas cesan de trabajar en un problema o ir a terapia en el momento que valoran que están en un nivel "suficientemente bueno" con base en sus parámetros (Barkham, Connell, Stiles, Miles, Margison, Evans, & Mellor-Clark, 2006).

Por último, los efectos de interacción entre el tratamiento y las características del paciente suponen que ciertos modelos terapéuticos tendrán mejores resultados con ciertos estilos de pacientes (Barber, 2007; Cuijpers, et al. 2012). Por ejemplo, en el estudio de Barber y Muenz (1996), encontraron que aunque de modo general los pacientes con depresión se benefician con la terapia Cognitiva Conductual y con la Interpersonal de modo similar, aquellos con un estilo de personalidad evitativo se favorece de modo particular con la terapia Cognitiva Conductual, mientras que los pacientes con rasgos obsesivos encuentran una ventaja significativa en el modelo interpersonal.

En este mismo entendimiento, se han desarrollado una amplia gama de modelos psicológicos que buscan atender la depresión (Bergin & Garfield, 1994); desde el modelo médico, los modelos más estudiados son a la vez las intervenciones terapéuticas más eficaces en el manejo de la depresión, estos son: la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Interpersonal, La terapia No-directiva y la Activación conductual (Cuijpers, Andersson, Donker & Van Straten, 2011).

1.3.2.2.1. Psicoterapia Conductista. Activación conductual. De acuerdo con Dobson y colaboradores (2006), este modelo enfatiza la importancia de obtener reforzamiento a partir de las conductas previamente reforzadora cuya frecuencia ha sido disminuida debido a la presencia de sintomatología depresiva, en particular, la anhedonia, el sentimiento de fatiga y la hipersonmia. Para esto, se utiliza un análisis funcional de la conducta en torno a la conducta depresiva y dirige su atención a una intervención contextual para modificar la conducta a partir de la alteración de sus antecedentes o las consecuencias asociadas a ésta. Para esto, se enfatizan los cambios contextuales que se asocian a la disminución de los reforzadores contextuales particularmente identificando patrones de evitación y aislamiento, y justificando la tarea a partir de las metas a largo plazo (Dimidjian, Hollon, Dobson, Schmaling, Kohlenberg, Addis, et al., 2006). Utiliza como fundamento la teoría del aprendizaje, el modelamiento y se basa en las teorías y métodos de condicionamiento clásico y operante (Leichsenring, Hiller, Weissberg, & Leibing, 2006).

Este modelo tiene una eficacia equiparable al uso de ISRS, pero en estudios longitudinales demuestra un menor índice de recaídas en 63% de los casos y supera la efectividad de la terapia cognitiva en casi 30% (Dobson, Hollon, Dimidjian, Schmaling, Kohlenberg, Gallop, et al., 2008). Más aún, este modelo terapéutico ha mostrado una eficacia superior sobretodo en el tratamiento

de niños y adolescentes con depresión (Zirkelback, & Reese, 2010), esto probablemente debido a la dificultad para abstraer representaciones cognoscitivas que demandan las terapias cognitivas, las psicodinámicas y las interpersonales dentro del contexto terapéutico; sin embargo, los autores sugieren que los resultados deben ser tomados de forma tentativa debido al impacto de las medidas de evaluación en los resultados del estudio evaluado.

En cuanto al estudio de especificidad, se propone que entre sus técnicas más eficaces incluyen el entrenamiento en habilidades sociales (Becker, Heinberg, & Bellak, 1987), la resolución de problemas (Nezu, & Perri, 1989), el autocontrol y el incremento de conductas reforzantes que fortalezcan una vida con valor (Fuchs, & Rehm, 1977).

1.3.2.2.2. Psicoterapia Cognitiva. Este modelo, basado en el modelo psicológico de depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) sugiere que son sesgos cognoscitivos los que preceden a la depresión. De modo particular, enumera tres dimensiones a trabajar durante el proceso terapéutico: los pensamientos automáticos, o triada cognitiva acerca de sí mismo, el mundo y el futuro; los esquemas cognitivos automáticos, persistentes y negativos, que se activarán de modo incuestionable en situaciones de distrés.

Un esquema cognitivo, de acuerdo con Beck, es “la estructura cognitiva para valorar, codificar, y evaluar los estímulos que llegan al organismo, y que a su vez lo orientan en relación al tiempo y al espacio para categorizar e interpretar la experiencia de modo significativo” (1967, p. 283). Es decir, en el caso de las personas que padecen depresión esquema negativo influencia de modo consistente la forma en la que se atiende, codifica, y evalúa la información del medio, creando distorsiones cognitivas que incluyen la sobregeneralización, la inferencia arbitraria, la personalización, entre otras. Estos estilos de pensamiento no sólo preceden a la depresión, sino que favorecen el mantenimiento de la misma al permear la experiencia depresogénica por medio de un sesgo atencional. De la misma manera, Beck sugiere que los sistemas cognitivos interactúan de modo directo con los dominios afectivos y conductuales y que su origen tiende a estar basado en la infancia y en las creencias de la cultura en la que se desarrolla el individuo.

Consistente con los síntomas de indefensión y desesperanza característicos de la patología depresiva, Abrahmson (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978) identificó que las personas que padecen depresión realizan inferencias internas, globales y estables de los acontecimientos negativos. De modo complementario, las personas con depresión presentan un patrón de

inhibición cognitiva; esto es, que una vez que toman información negativa del medio, les es más difícil cambiar su foco de atención o dejarla pasar, llevando a la rumiación (Joorman, 2009).

De este modo, de tipo breve, usualmente 12 sesiones tiene el objetivo de enfocarse en la interrelación entre los pensamientos, los afectos y las conductas. Se trabaja en el aquí y el ahora a partir del planteamiento de metas alcanzables que se ligen a la sintomatología, la disminución del estrés y las conductas adaptativas a partir del cuestionamiento de los esquemas cognitivos y las distorsiones cognitivas que no estén basadas en la realidad o sean maladaptativas desde un punto pragmático o de satisfacción (Beck, 1967).

1.3.2.2.3. Psicoterapia Interpersonal. La Terapia Interpersonal, llamada en sus orígenes Terapia de Alto contacto se desarrolló en Connecticut, Estados Unidos, en 1970 por Klerman, Chevron y Weissman para tratar la depresión mayor (Markowitz & Weissman, 2012; Weissman, 2006). Está basada en un enfoque dinámico desde la teoría del apego de John Bowlby, la teoría de Harry Stack. Sullivan, con un enfoque en el contexto interpersonal y su relación con las enfermedades psiquiátricas y el modelo de Adolf Myers desde la visión ecológica y su importancia en las interacciones del paciente con su ambiente o la facilidad con la que “el cerebro responde a su ambiente” (Markowitz y Weissman, 2012, p.100; Weissman, 2006). A diferencia de otros modelos, la terapia interpersonal se desarrolló con fines empíricos para ser utilizada en ensayos clínicos, iniciando como uno de los modelos de tratamiento alternativo o cuidados para la depresión en comparación con psicofarmacología desde el modelo médico prevalente en la década de los 70s (Stuart & Robertson, 2012).

Asimismo, la teoría presupone que en un individuo con una vulnerabilidad biológica, temperamental o socio-cultural previa, así como eventos de vida como la muerte y el duelo hacia una persona importante; la ausencia de redes o vínculos cercanos que satisfagan las necesidades de alianza; los cambios o transiciones de vida que signifiquen nuevas adaptaciones y retos, así como los problemas interpersonales que pongan en riesgo una relación o apego lo harán vulnerable a generar sentimientos de indefensión y desesperanza y en consecuencia una posible psicopatología depresiva (Markowitz & Weissman, 2012). Este mismo humor deprimido generará al mismo tiempo una incapacidad o tendencia a la reflexión o introspección que lo alienará del medio social, aislandolo de las relaciones interpersonales que se presuponen un factor protector y una vía de apoyo práctico, de consejo y emocional al mantenimiento o desarrollo de un diagnóstico de Depresión Mayor. Por ende, el objetivo de la terapia es ayudar al

individuo a desarrollar habilidades sociales, entender la posición subjetiva del otro, asumir una posición significativa en relación con el otro (Crow & Luty, 2005) y solidificar sus recursos sociales. De este modo, el mejoramiento en la calidad de las redes sociales, así como la resolución de situaciones de vida adversas disminuirán la sintomatología depresiva (Markowitz & Weissman, 2004).

Modalidad terapéutica en la Terapia Interpersonal. La terapia interpersonal define a la depresión como una enfermedad médica; es decir, que la depresión será vista como un incapacitante temporal para cubrir las funciones esperadas o comunes a las que el individuo estaba acostumbrado o demandado (Markowitz, 2003), liberándolo de la culpa que pudiera generar el no poder cubrir los roles a los que estaba acostumbrado cuando no presentaba la sintomatología depresiva. Es por esta razón, que el tratamiento incluye una evaluación diagnóstica, una historia psiquiátrica, psico-educación y el otorgarle al paciente un “rol enfermo.”

Del mismo modo, el modelo considera que si bien la depresión pudiere tener un origen biológico, está estará relacionada a un evento interpersonal adverso o una falla en la obtención de los recursos sociales que el individuo requiere ante estresores psicosociales (Stuart & Robertson, 2013); es por esta razón, que la evaluación inicial incluye asimismo un inventario interpersonal en el que se relaciona la situación interpersonal del paciente con su sintomatología depresiva. Trabajar en esta área interpersonal, se sugiere, no sólo mejorará el funcionamiento social del individuo y la calidad en sus relaciones, sino que traerá como consecuencia el alivio de la sintomatología depresiva (Markowitz, 2003).

Al inicio del modelo y durante los últimos años se habían considerado cuatro diferentes áreas interpersonales que pudieran ser el posible disparador de la depresión en un individuo vulnerable. Sin embargo, una de las áreas interpersonales se eliminó en los últimos años debido a la inviabilidad de abordarla en un enfoque breve (Stuart & Robertson, 2012). La elección de un área problemática vinculada al inicio de la depresión será un aspecto fundamental en el trabajo clínico de modo la intervención pueda mantenerse breve y focalizada.

Las cuatro áreas problemáticas originales identificadas por este modelo teórico son 1) déficit interpersonales, 2) disputas interpersonales, 3) transiciones de rol y 4) duelo y pérdidas (Weissman et al., 2007). Por ende, requiere que el individuo se enfoque en el panorama interpersonal y su vínculo con la sintomatología depresiva (Verdeli, et al., 2003). Las cuatro áreas interpersonales se describen a continuación (basado en Stuart, 2006):

Déficits interpersonales. Se entiende como déficit o sensibilidad interpersonal a la dificultad en formar o mantener nuevas amistades. Este es un factor de apego crónico que puede repercutir en un sentimiento de soledad y falta de pertenencia o como falta de recursos sociales frente a un estresor situacional presente. Esta área puede exacerbar el efecto de cualquiera de las otras áreas interpersonales. Algunos ejemplos son pacientes que se presentan con falta de habilidades sociales, con pasividad, con hostilidad, con historia de problemas interpersonales o fallas en mantener relaciones por largos periodos de tiempo (Robertson, Rushton & Wurm, 2008). Esta área interpersonal fue eliminada en la última edición de la Guía de Terapia Interpersonal (Stuart & Robertson, 2012) ya que se presentaba como la última alternativa para los terapeutas Interpersonales, solo cuando ninguna de las siguientes áreas se consideraba pertinente (Levenson, Frank, Cheng, Rucci, Janney, Houck, et al., 2010). Más aún, de acuerdo con Stuart y Robertson (2012), esta área se consideraba en aquellos pacientes que presentaban problemas de apego más significativos, mismos que no son el foco de intervención para este modelo terapéutico ya que no se enfoca en modificar estructuras de personalidad o modificar estilos de apego.

Disputas interpersonales. Se entienden como disputas interpersonales abiertas o encubiertas a conflictos entre dos o más individuos. Algunos ejemplos de estas son: conflictos hostiles abiertos que incluyen violencia doméstica, abuso físico, sexual o psicológico; traiciones, que incluyen infidelidades, sensación de falta de lealtad hacia uno o su familia; decepciones, es decir, expectativas no cumplidas de un miembro cercano o de una institución; conflictos silenciados o inhibidos, como lo son enojos ante situaciones de vida que se consideran injustas, como la enfermedad de un ser cercano (Stuart & Robertson, 2003, p. 168).

Los conflictos, entonces, se analizan y se entienden desde tres diferentes estadios. Esto ayuda a determinar las posibles expectativas y conceptualización del problema que tiene la persona. Estos son:

- a. Negociación: intento por llegar a un mutuo acuerdo en los deseos de ambas partes.
- b. Impase o punto muerto: los intentos llegan a su fin y las dos personas se “estancan” en una posición inflexible.
- c. Disolución: se considera que ni el conflicto ni la relación puede resolverse.

Transición de rol. Se entiende a esta como un cambio de situaciones contextuales que modificarán la manera en la que el paciente se relaciona con el mundo externo. Algunos cambios

en el contexto o cambios de roles exigen a los individuos utilizar nuevas estrategias o modos de funcionar en su mundo físico y social. Todo cambio, por tanto, incluirá la necesidad de adaptarse a las nuevas tareas y por ende una situación de estrés; sin embargo, cualquier cambio tiene un aspecto negativo y uno positivo. Algunos ejemplos de estos pueden ser: situacionales, como cambios de trabajo, migración, graduaciones, promociones laborales; relacionales: como divorcio, matrimonio; de salud, como enfermedades, diagnósticos, adaptación a una nueva situación de salud; eventos traumáticos o eventos determinantes, como lo son eventos altamente estresantes, estatus de refugiado, o síntomas post-trauma (Stuart and Robertson 2003, p. 184).

Duelo. Se identifica como la pérdida real de una persona amada. Si bien todas las personas pasan por una situación de duelo durante el transcurso de su vida, aquellas que tienen una tendencia a la depresión desarrollarán una reacción depresiva ante la muerte de una relación cercana. Varios autores teorizan acerca de los procesos emocionales asociados al duelo, así como propuestas de trabajo ante la pérdida (Stuart & Robertson, 2003). Bowlby en particular habla de tres estadios: protesta, desesperación y desapego (Bowlby, 1973). En el último estadio la persona suele buscar nuevos nodos interpersonales para reemplazar aquella que se perdió. Dentro de este se encuentran las relaciones ante la pérdida de un ser querido, el miedo ante la propia muerte o diagnósticos terminales propios o de un ser querido (Stuart, 2006).

El tratamiento de la terapia interpersonal se desarrolla en cuatro fases cada una con objetivos y tareas específicas, la fase inicial de evaluación, una fase intermedia, donde se trabajan las áreas focales, y una fase final o de terminación, donde se revisa el progreso y se hace una prevención de la recaída, y la cuarta fase es una fase de mantenimiento, donde se busca mantener el progreso y la prevención de la recaída (Stuart & Robertson, 2003). Es durante la fase intermedia que se determinarán las técnicas utilizadas, fundamentadas en el episodio depresivo son elegidas y su frecuencia es determinada con base en el área interpersonal identificada, así como en las necesidades y características idiosincrásicas del paciente. A continuación se hace un análisis de los objetivos de cada una de las fases a partir de Markowitz y Weissman (2004):

Fase inicial. Durante esta fase se desarrolla una evaluación de la sintomatología depresiva por medio del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-V), sus orígenes y su intensidad por medio de inventarios como el Hamilton (HAM-D) o Inventario de Depresión de Beck (BDI). De esta manera, y por medio de un inventario interpersonal, que mide la cantidad y calidad de las relaciones de apego importantes para el paciente, se hace un análisis de la capacidad de intimidad

con la que cuenta el paciente y se elucida el posible disparador de la sintomatología depresiva: la pérdida de alguien importante, pleitos o disputas con alguna persona cercana, un cambio de status o rol en la sociedad en la que se desempeña el paciente, o una ausencia de personas significativas, lo que lleva a plantear una carencia en redes interpersonales. Con esta información se desarrolla una formulación en la que acuerden tanto el paciente como el terapeuta el área interpersonal a trabajar. Un ejemplo de ésta es como sigue:

Como hemos discutido, estás padeciendo de depresión mayor, la cual es una enfermedad tratable y no es tu culpa. Por lo que me has dicho, tu depresión parece relacionarse a lo que está sucediendo en tu vida ahora. Dejaste de dormir y comer y comenzaste a sentirte deprimido luego de que tu madre murió, y has tenido problemas asimilando esta terrible pérdida. A eso lo llamamos duelo complicado, lo cual es una forma común de depresión. Sugiero que pasemos estas siguientes 12 semanas trabajando en ayudarte a lidiar con este duelo. Si puedes resolver este problema interpersonal, no solo vas a tener una mejor vida, sino que tu humor va a mejorarse también (p.137).

Por último, esta formulación aclara el rol de enfermo del paciente, da el racional de trabajo, relaciona el estado de ánimo con eventos interpersonales relevantes, de modo que plantea el parámetro de trabajo para el individuo y por último, proporciona un encuadre acerca del tiempo esperado de trabajo.

Fase intermedia. Durante esta fase, se trabaja el área interpersonal por medio de estrategias y técnicas definidas para cada área. En general, lo que se pretende es que el paciente pueda identificar sus necesidades y sus expectativas y satisfacerlas en un ámbito interpersonal; asimismo, buscará maneras más asertivas de expresar estas expectativas y aprenderá la importancia de tomar ciertos riesgos en la búsqueda de mejorar la calidad de sus vínculos significativos, así como de crear nuevas y más satisfactorias relaciones interpersonales.

Fase terminación. Durante esta fase se le recuerda al paciente de la terminación de la intervención. Esta fase puede durar de 1 a 3 sesiones y durante esta se trabajarán pérdidas pasadas significativas, así como nuevas maneras más adaptativas de lidiar con las despedidas. Por último, se hablará de las ganancias obtenidas hasta este momento y se hará un análisis de las posibles retos o riesgos que pudieren existir para el paciente en sus proyectos a futuro, de modo que al identificarlos pueda prevenirlos o evitar una posible recaída. Los individuos con apego inseguro generan una ansiedad focalizada ante la posibilidad de la pérdida o ruptura en las relaciones

interpersonales (Tasca, Ritchie, Conrad, Balfour, Gayton, Daigle, et al., 2006), por lo que esta fase es particularmente importante.

Fase mantenimiento. Durante esta fase se hace un contacto de modo esporádico con el fin de evitar el riesgo de recaídas. En estas sesiones, los pacientes revisarán posibles barreras encontradas luego de la fase aguda de la intervención. Asimismo, se hace una evaluación del uso de las herramientas utilizadas en este periodo de tiempo y se analiza el posible uso que ha tenido en sus redes interpersonales. Esta fase se vuelve particularmente relevante si se considera que 30-50% de las personas que padecen depresión mantienen un significativo nivel de sintomatología depresiva, determinándose esta como un factor de riesgo para recaer en el diagnóstico de depresión mayor en los primeros seis meses desde la terminación de su tratamiento (Judd, Akiskal, Maser, et al, 1998; Thase, Simmons, McGeary et al., 1992). Aunque los riesgos de recaída son mayores cuando la persona es de edad más avanzada, cuando presenta un mayor índice de sintomatología depresiva, y su inicio fue a menor edad, así como aquellas personas que presentan menores índices de autoestima (Rucci, Frank, Calugi, Miniati, Benvenuti, Wallace, et al., 2011).

Fundamentos empíricos de la Terapia Interpersonal. La Terapia Interpersonal ha demostrado sólida evidencia para el tratamiento de la depresión (Cuijpers, Geraedts, van Oppen, Andersson, Markowitz, van Straten, 2011; Elkins, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, et. al, 1989; De Mello, Mari, Bacatchik, Verdeli, & Neugebauer, 2004; Hollon, & Ponniah, 2010; Weissman, 2006). A diferencia de lo conjeturado, el éxito de esta terapia se ha evidenciado de manera equitativa en el manejo de las cuatro áreas interpersonales –duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales- inclusive aquella identificada como déficits interpersonales (Levenson et al., 2010), esto independientemente de la presencia de diagnósticos del Eje 2 del DSM-IV-TR (trastornos de la personalidad) excluyendo únicamente a trastorno antisocial de la personalidad. Tomando en cuenta las características personales de los individuos asistiendo a una intervención terapéutica desde las cuatro áreas, se ha encontrado que si bien todas presentan un buen pronóstico y un alto índice de remisión sintomatológica, el área de transición de roles es la que presenta mayor velocidad en mostrar una mejoría (Levenson, et al., 2010).

De manera general, en el programa de Investigación de la colaborativa en Depresión del Instituto Nacional de Salud Mental [TDCRP, por sus siglas en inglés] (Elkins, Shea, Watkins,

Imber, Sotsky, Collins, et. al, 1989) estudio la efectividad general de cuatro tipos de tratamiento para la depresión: imipramina, y manejo clínico, placebo y manejo clínico, terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal. Encontraron que aunque la imipramina, se hallaron mejorías significativas en el funcionamiento de los pacientes, así como en la disminución de la sintomatología depresiva en todos los tratamientos. La terapia interpersonal probó ser tan efectiva como la cognitivo conductual, pero mostró evidencia de la efectividad específica de la interpersonal, mientras que esta no se obtuvo de la cognitivo conductual. Más aún, mostraron que existía una evidencia más sólida para la terapia interpersonal sobretodo en los pacientes más severamente deprimidos (Elkins et. al, 1989).

una revisión meta-analítica por De Mello y sus colaboradores (2004) encontraron que la terapia interpersonal es superior al placebo y más eficaz que otras terapias al tratar a la depresión. De la misma forma, Cuijpers, Andersson, Donker & Straten (2011) manifiestan que tanto la Terapia Interpersonal, la Cognitivo Conductual, la terapia de resolución de problemas, la no-directiva y la activación conductual son eficaces en el manejo de la depresión, aunque la terapia Interpersonal presenta un mayor nivel de eficacia y a la no directiva de apoyo uno ligeramente inferior en comparación con el resto de las terapias evaluadas o el placebo. Aún más importante, encontraron que sus efectos se mantienen en el manejo de adultos con depresión en general, Depresión Mayor, Depresión postparto, depresión en adultos mayores, en personas con comorbilidad médica y en un sub-umbral depresivo; sin embargo, sus efectos son menores en pacientes con depresión persistente (Cuijpers, Andresson, Donker, et al., 2011).

Cabe destacar que en todos los estudios revisados se acuerda que en sí solo, el efecto de la terapia es superior que el de los psicofármacos (Cuijpers, Andresson, Donker, et al., 2011) ya que aunque en ambas modalidades se presenta una reducción de la sintomatología depresiva, inclinándose en velocidad por la terapia psicofarmacológica (DiMascio, Weissman, Prusoff, et al. 1979), , la TIP presenta una ventaja significativa en disminuir la posibilidad de remisión sintomatológica que la psicofarmacología (28% contra 11% respectivamente) (Zobel, Kech, van Calker, Dykieriek, Berger, Schneibel & Schramm, 2011) esto probablemente debido a que los efectos en mejoría en relaciones interpersonales es significativamente superior por medio de la TIP, optimando la calidad de las relaciones interpersonales existentes y promoviendo la creación de nuevas redes en el tiempo (Weissman, Klerman, Prusoff , et al., 1981). Sin embargo, Zobel y colaboradores (2011) recomiendan hacer una evaluación de posibles traumas en la infancia en los

pacientes con depresión, ya que los pacientes con este antecedente responden mejor con una combinación de ambas modalidades terapéuticas. Más aún, resulta importante destacar que los pacientes que no responden a monoterapia, para quienes se recomienda un tratamiento combinado de psicofármacos con terapia interpersonal tienen una mayor probabilidad de recaída, así como de deserción terapéutica, lo que sugiere que aquellas personas que se evalúan con un más alto nivel de depresión tienen una mayor posibilidad de recaída que aquellas que presentaban menores niveles de depresión al inicio del tratamiento, esto está probablemente asociado a una menor resiliencia y apego al tratamiento previo a la intervención y cuadros clínicos más complicados (Rucci, et al., 2011).

Si bien la Terapia Interpersonal fue diseñada para enfocarse en tratar la depresión mayor, su éxito en este rubro ha llevado a su aplicación y evaluación en los últimos años para diversas poblaciones clínicas. Así bien, se ha adaptado para poblaciones vulnerables a depresión, como depresión postparto de modo individual (Stuart, 2012), o involucrando a la pareja (Carter, Grigoriadis & Ross, 2010; Brandon, Ceccotti, Hynan, Shivakumar, Johnson, & Jarrett, 2012), en la que se involucra a la pareja a implicarlo en el proceso de terapia y así incrementar la percepción de apoyo, misma que se ha vinculado con mejorar el estrés previo (Deniss & Ross, 2006). Asimismo, el trabajo terapéutico con esta población se vuelve relevante dada la importancia de la formación de apego con el bebé en los primeros meses luego de su nacimiento, así como la preferencia de las madres por abstenerse a tomar medicamentos durante el periodo de lactancia (Mulcahy, Reay, Wilkinson, & Owen, 2010; Stuart, 2012).

Las intervenciones utilizando este modelo han mostrado sólidos beneficios en el corto y largo plazo (Reay, Owen, Shadbolt, Raphael, Mulcahy, & Wilkinson, 2012), incluso en poblaciones con depresión mayor con ideación suicida (Tang, Jou, Ko, Huang, & Yen, 2009). De la misma forma, se ha adaptado para población geriátrica (Bransford, & Choi, 2012; Carreira, Miller, Frank, Houck, Morse, Dew, et al., 2008; Miller, & Reynolds, 2007); aunado a una terapia psicofarmacológica, como tratamiento terapéutico para trastorno bipolar (Robertson, 1999), esto con base en la evidencia de que 25-30% de la varianza de dicha enfermedad tiene fundamento ambiental (Scott, 1995), y la relevancia que presentan tres de las cuatro de trabajo interpersonal – todas menos duelo- en personas que padecen esta psicopatología.

Por otra parte, la TIP se ha adaptado y utilizado en sus versiones tanto grupales como individuales para poblaciones con trastorno límite de la personalidad como diagnóstico en

comorbilidad a la depresión mayor (Bellino, Zizza, Rinaldi, & Bogetto, 2007) o en sí mismo (Bateman, 2012; Bellino, Rinaldi, Bogetto, 2010; Markowitz, Bleiberg, & Skodol, 2007; Markowitz, Skodol, & Bleiberg, 2006), o trastorno de estrés postraumático (Klein & Markowitz, 2011; Krupnick, Green, Stockton, Miranda, Krause & Mete, 2008; Markowitz, 2010; Robertson, Rushton, Batrim, Moore, & Morris, 2007), donde se vuelve particularmente relevante dada la disrupción en redes interpersonales luego de presentarse el suceso traumático, apoyando al paciente desapegado o disociado a identificar, nombrar y expresar las emociones asociadas al evento, sin direccionarlo a la exposición o al uso de tareas (Markowitz, 2010). Sin embargo, no ha encontrado evidencia empírica en el tratamiento de uso de sustancias (Brache, 2012), anorexia (McIntosh, Bulik, McKenzie, Luty, & Jordan, 2000) o como intervención única en el tratamiento de distimia (Browne, Steiner, Roberts, Gafni, Byrne, Dunn, et al., 2002). A pesar de lo anterior, la robustez con la que ha demostrado eficacia y efectividad en el tratamiento de depresión la ha llevado a formar parte de los estándares clínicos propuestos por el Instituto Nacional de Salud y excelencia en el cuidado de los Estados Unidos. Recuperado de <http://guidance.nice.org.uk/CG90>, el día 22 de Marzo 2014.

Además de estas modificaciones para su adecuación transdiagnóstica, la eficacia de este modelo terapéutico ha sido estudiada en aplicaciones tanto individuales como grupales, dirigidas por profesionales de salud mental altamente entrenados y en facilitadores de salud, enfermeras y para-profesionales entrenados ex profeso con el fin de adecuarlo a intervenciones en salud mental comunitaria, mostrando eficacia en ambos modelos. En seguida se expondrán los principios empíricos y teóricos que sustentan la viabilidad de su aplicación para un modelo comunitario en México.

Formato grupal de la Terapia Interpersonal. La terapia interpersonal se basa en la premisa de que la psicopatología depresiva o la sintomatología tendrá como base el contexto interpersonal (Crowe & Luty, 2005); es decir, que independientemente de un contexto bio-psico-social-espiritual del individuo, este desarrollará una sintomatología depresiva cuando sea incapaz de adquirir del medio social aquello que percibe necesario para enfrentarse a situaciones adversas (Stuart & Robertson, 2012). Más aún, si se considera que la Terapia Interpersonal trabaja bajo la teoría de los apegos de Bowlby (1980), que sugiere que las personas con un apego inseguro generará modelos mentales inflexibles y rígidos acerca de las relaciones interpersonales que pudieren impedirle generar o mantener relaciones interpersonales satisfactorias, y que a su

vez es esta ausencia lo que le impedirá buscar el apoyo social que compense los estresores psicosociales que dispararán la sintomatología depresiva, entonces el trabajo grupal se identifica como la modalidad conveniente y congruente con el modelo teórico. La evidencia empírica sostiene que la modalidad grupal que se enfoca en las relaciones interpersonales y la regulación afectiva es el modo más eficiente para trabajar con individuos con un apego inseguro ansioso (Tasca, et al., 2006). En particular, Marmarosh & Tasca (2013) afirman que los participantes se benefician al incrementar el control emocional, las relaciones interpersonales y la función reflexiva (Fonagy, 2002), o capacidad de identificar estados mentales propios y del otro de modo acertado; capacidades particularmente empobrecidas en individuos con un apego inseguro.

Para ejemplificar, en un proyecto de TIP en Uganda, se utilizó el proceso grupal como un medio para identificar los patrones de comunicación maladaptativos, así como para promover la cohesión y el apoyo entre los miembros del grupo (Verdeli et al., 2003). En una adaptación de la TIP para adolescentes en una modalidad grupal, Mufson (et al., 2004), desarrollaron un manual para trabajar la TIP a nivel grupal debido a la dificultad que observaron para poner en práctica entre sesiones aquellos logros alcanzados en la sesión terapéutica así como al sentido de aislamiento vivido por los adolescentes con depresión.

La modalidad grupal de la psicoterapia facilita el contacto interpersonal, así como promueve una mayor nivel de reflexión y análisis de las percepciones y respuestas interpersonales entre los miembros de un grupo (Bender & Ewashen, 2000), apoyada por el rol facilitador del terapeuta quien funge como una base segura dentro del grupo fomentando la cohesión dentro de este (Marmarosh & Tasca, 2013). Las personas dentro de un grupo desarrollarán diferentes habilidades de relaciones por medio de la identificación de sus patrones habituales de socialización e interpretación de la conducta del otro, a la vez que ganará consciencia de las consecuencias perceptuales y transaccionales que su propia conducta genera en el otro (Yalom, 2005). Al mismo tiempo, Gutiérrez y Ortega (1991) afirman que un tratamiento que se basa en una intervención grupal puede proveer un espacio para la socialización, particularmente para aquellos individuos aislados socialmente como resultado de experiencias negativas dentro de su ambiente social o por el mismo trastorno depresivo, propuesta consistente con aquella de la TIP (Weisman, et al., 2007).

Aparte de sus características de apoyo y motivadoras (McKenzie & Gravobac, 2001), el grupo se vuelve relevante en su función empoderadora. Para la población latina en particular, una

de las barreras que se ha encontrado asociada a la falta de uso de los servicios de salud mental es un locus de control externo o “fatalismo.” Con base en esto, Gutiérrez & Ortega (1991) desarrollaron una propuesta para trabajar salud mental desde el desarrollo de un locus de control interno o un nivel de empoderamiento desde el trabajo a nivel grupal. Sugieren que un nivel de empoderamiento interpersonal incluye el desarrollo de habilidades específicas para influenciar y socializar con otros de un modo asertivo.

La TIP-G se enfoca en desarrollar un locus de control interno en el paciente deprimido y trabajar en déficits interpersonales de modo específico por medio del desarrollo de habilidades interpersonales (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2007), en particular, el grupo se vuelve un lugar de ensayo conductual y de análisis exploratorio (McKenzie & Gravobac, 2001; Mufson, Gallagher, Pollack-Dorta, & Young, 2004), donde las tareas fundamentales se enfocan en enseñar y modelar destrezas como hablar a la gente, incrementar la confianza en sí mismo y reforzar las acciones positivas en el desarrollo de nuevas relaciones con el fin de que estas habilidades se generalicen al macrocosmos (Marmarosh & Tasca, 2013). De esta manera, los problemas interpersonales que surgieron tanto dentro como fuera del grupo se analizan y se resuelven en el aquí y ahora (Stuart & Robertson, 2012) por medio de una visión de solución de problemas más que por interpretaciones psicodinámicas (McKenzie & Gravobac, 2001).

En el formato grupal de la TIP se propone que la universalidad surgirá al compartir áreas interpersonales a trabajar, así como objetivos comunes entre sujetos que compartan el mismo problema interpersonal o situaciones de vida o comunitarias paralelas, promoviendo un enfoque centrado en soluciones en un grupo altamente cohesionado (McKenzie & Gravobac, 2001, Wilfley, Mackenzie, Welch, Ayres, et al., 2000). Lo anterior es consistente con los resultados longitudinales encontrados en el proyecto de Uganda, donde se encontró que los encuentros grupales se mantuvieron incluso después del fin de la intervención (Bass, Neugebauer, Clougherty, Verdelli, Wickramaratne, Ndogoni, & Bolton, 2006). Seis meses después de la intervención, los participantes presentaban una reducción significativa de sintomatología depresiva y disfunción; sin embargo, de gran interés fue que los grupos se volvieron auto-sustentables, reuniéndose sin la presencia de un líder con fines de orientación informal, consejo sobre problemas y situaciones de vida actuales y búsqueda de sensación de bienestar. Como resultado, fueron particularmente estos individuos quienes se beneficiaron en el largo plazo de la TIP. Esta no es la única vez que se han reportado los beneficios mantenidos de la TIP incluso

meses después de su conclusión (MacKenzie & Bravender, 2001; Reay, Owen, Shadbolt, Raphael, Mulcahy, & Wilkinson, 2012; Weissman, Klerman Prusoff et al., 1981). Los investigadores concluyen que la intervención pudo haber sido efectiva por medio de del incremento de recursos sociales y los mecanismos de apoyo social, lo que facilitó la recuperación de su estado depresivo. Sin embargo, se debe tener en mente que al ser una terapia breve, el objetivo de la terapia grupal a nivel grupal será más el resolver situaciones de vida fuera del grupo antes de que el grupo se volviere dependiente de sí (McKenzie & Gravobac, 2001).

De igual manera, la TIP ha sido adaptada a una modalidad grupal (IPT-G) para trabajar con mujeres en depresión postparto (Reay, et al., 2012), o pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático Crónico en una intervención de 8 semanas a nivel grupal donde los resultados sugieren una reducción sintomatológica, incremento en la calidad de vida y mejoramiento del funcionamiento social; más aún, el análisis cualitativo en este estudio realizado por Robertson (et al., 2007) apunta a un incremento en el sentimiento de eficacia interpersonal y de reconexión con vínculos importantes.

Por otra parte, en un estudio metaanalítico realizado hace más de una década, McRoberts, Burlingame & Hoag, (1998) observaron que ambas la terapia individual y la grupal eran igualmente efectivas para el tratamiento de algunos padecimientos, entre esos la depresión. Por su parte, Cuijpers (et al. 2011), revela que las aunque existe una diferencia entre las modalidades individual y las grupal en el tratamiento de la depresión, inclinándose hacia el modelo individual, estas diferencias no son estadísticamente significativas y que los efectos pudieran estar relacionados a mayores niveles de mortalidad experimental en los modelos grupales que en los individuales. Sin embargo, en los tres estudios pilotos realizados por Mufson, Gallagher, Pollack-Dorta, & Young, (2004) encontraron un promedio de asistencia del 90%, lo cual es equivalente a aquel en la modalidad individual. Para esto, McKenzie (1997) recomienda entregar y discutir un panfleto con información acerca del grupo y sus objetivos, datos acerca de la efectividad de la modalidad grupal, posibles mitos asociados a este proceso y una sección de confidencialidad, lo que disminuye el nivel de deserción, incrementan el vínculo terapéutico y maximiza la cohesión grupal.

Este capítulo ha pretendido abordar la vasta literatura de la depresión de modo breve desde diferentes acercamientos, con el fin de comprender al individuo que la padece. La depresión es un problema significativo a nivel internacional con manifestaciones desde diferentes

dominios: conductual, afectivo, cognitivo e interpersonal, que afecta no solo al sentido del self del individuo, sino a su salud física, a sus acciones, proyectos, relaciones y en general a su entorno, al tiempo que es afectado por este mismo desde los diferentes niveles de interrelación que median su existencia: el familiar, el comunitario, el social, cultural y el político. Al ser atravesado desde estos diferentes contextos, el individuo con depresión debe entonces ser abordado desde varios frentes con el fin de lograr contrarrestar a un trastorno que hoy se conoce es multidimensional. Por mucho, el problema más prevalente en la depresión son sus cogniciones distorsionadas (Dill, & Anderson, 1999) y la manera en la que esas afectan este sentido de competencia y habilidad de relacionarse con su medio, principalmente aquél que a su vez pueda ofrecerle apoyo y protección necesarias desde una base evolutiva y más adelante afectiva, misma que ayude a afrontar los problemas y las situaciones del día a día, protegiendo al sujeto dentro de un contexto desafiante y una falta de sentido de competencia frente a éste.

Referencias

Introducción

- Benito, E; (2009). Las psicoterapias. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1() Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=333127084005>
- Berenzon-Gorn, S., Alanís Navarro, S., & Saavedra Solano, N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. *Salud mental*, 32(2), 107-115.
- Canning, S. S. (2011). Core assumptions and values in Community Psychology: A Christian reflection. *Journal of Psychology and Theology*, 39 (3), 186-199. doi 0091-6471/410-730
- Comas-Diaz, L. (2006). Latino healing: The integration of ethnic psychology into psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 436.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592.
- De Mello, M.F., de Jesus, Mari J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R., (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 255, 75–82.

- Edgar, I. R., & Russell, A. (1998). *The anthropology of welfare*. Psychology Press.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ... & Fiester, S. J. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, *46*(11), 971-982.
- Gracia- Fuster, E. (2011). Apoyo social e intervención comunitaria, en Fernández, I., Morales, J. F., & Molero, F. (eds.). *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao, España: Desclée De Brower.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N., & Berndt, E. R. (1993). Depression: a neglected major illness. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety*, *27*(10), 891-932.
- Markowitz, J. C. (2003). Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *Journal Of Clinical Psychology*, *59*(8), 847-858.
- Neal, J. W., & Christens, B. D. (2014). Linking the levels: Network and relational perspectives for community psychology. *American journal of community psychology*, *53*(3-4), 314-323.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *81*(8), 609-615.
- Pemberton, G., Andía, J., Robles, R., Collins, C., Colón-Cartagena, N., Pérez Del Pilar, O., & Vega, T. S. (2009). From research to community-based practice—working with Latino researchers to translate and diffuse a culturally relevant evidence-based intervention: The Modelo de Intervención Psicomédica (MIP) experience. *AIDS Education & Prevention*, *21*(Supplement B), 171-185.
- Pérez, J. E. (1999). Integration of Cognitive Behavioral and Interpersonal Therapies for Latinos: An argument for technical eclecticism. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *29*(3), 169-183.
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, *67*(5), 734.

- Sanchez- Sosa, J. J. (2007). Psychotherapy in Mexico: Practice, training, and regulation. *Journal of Clinical Psychology, 63*(8), 765-771.
- Verdeli, H. (2008). Toward building feasible, efficacious and sustainable treatments for depression in developing countries. *Depression and anxiety, 25*(11), 899-902.
- Verdeli H., Clougherty K., Bolton P., Speelman, S., Lilcoln, N., Bass, J., ..., & Weissman, W. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy (IPT-G) for a developing country: experience in rural Uganda. *World Psychiatry, 2*, 114-120.
- Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals, 36*(8), 553-557.

Capítulo 1. Depresión

- Abas, M., Baingana, F., Broadhead, J., Lacoconi, E., & Vanderpyl, J. (2003). Common mental disorders and primary health care: current practice in low-income countries. *Harvard Review of Psychiatry, 11*, 166–173.
- Abela, J. R. Z., & Sarin, S. (2002). Cognitive vulnerability to hopelessness depression: A chain is only as strong as its weakest link. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 811- 829
- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Acuña, L., & Bruner, C. A. (2009). El efecto de un número percibido creciente de prestadores de ayuda sobre el bienestar psicológico. *Revista Mexicana de Psicología, 26* (2), 223-232.
- Ainsworth, M. D. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Mah Wag: Erlbaum.
- Ainsworth, P. (2000). *Understanding depression*. Jackson, MS: University Press of Mississippi.
- Allart-van Dam E., Hosman C. M., Hoogduin C. A., & Schaap C. P. (2007). Prevention of depression in subclinically depressed adults: followup effects on the “Coping With Depression” course. *Journal of Affective Disorders, 97*, 219–228
- Alonso J., Angermeyer M. C., Bernert S., et al. (2004). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scand Supply, 420*, 55- 64.

- Alvidrez J. (1999). Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European American young women. *Community Mental Health Journal*, 35, 515–530.
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377–402.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (5TH ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, G., Berk, M., Dean, O., Moylan, S. & Maes, M. (2014). Role of immune-inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways in the etiology of depression: Therapeutic implications. *CNS Drugs*, 28, 1–10. DOI 10.1007/s40263-013-0119-1.
- Andrews G., Issakidis C., Sanderson K., Corry J., & Lapsley H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526–533
- Andrus, B. M., Blizinsky, K., Vedell, P. T., Dennis, K., Shukla, P. K., Schaffer, D. J. Radulovic, J., Churchill, G. A., & Redei, E. E. (2012). Gene expression patterns in the hippocampus and amygdala of endogenous depression and chronic stress models. *Molecular Psychiatry*, 17, 49–61
- Angoa-Pérez, M., Kane, M. J., Briggs, D. I., Herrera-Mundo, N., Sykes, C. E., Francescutti, D. M. & Kuhn, D. M. (2014). Mice Genetically Depleted of Brain Serotonin Do Not Display a Depression-like Behavioral Phenotype. *ACS Chemical Neuroscience*, in press. DOI: 10.1021/cn500096g
- Angstman K. B., Pietruszewski P., Rasmussen N. H., Wilkinson J. M., & Katzelnick D. J. (2012). Depression remission after six months of collaborative care management: role of initial severity of depression in outcome. *Mental Health in Family Medicine* 9, 99-106
- Ansaldi, S., Lopez, I. B., & Lara, M.A. (2009). El apoyo social como parte de una intervención para prevenir la depresión en mujeres. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 19-30.
- Antonijevic, I. (2008). HPA axis and sleep: Identifying subtypes of major depression. *Stress*, 11, 15–27.

- Araya R., Rojas G., Fritsch R., Gaete J. Simon G. & Peters T. J. (2003). Treating Depression in Santiago Chile: A randomized controlled trial. *Lancet*, 361, 995-1000.
- Ajrouch, K. J., Reisine, S., Lim, S. Sohn, W. & Ismail, A. (2010). Perceived everyday discrimination and psychological distress: Does social support matter?. *Ethnicity & Health*, 15(4), 417-434.
- Arredondo A, Ramos R, & Zuniga A. (2003). Economic evaluation of the demand of medical care for mental health in Mexico: schizophrenia and depression, 1996-2000. *Revista de Investigación Clínica*, 55(1), 43-50.
- Badger, T. A., Segrin, C., Figueredo, A. J., Harrington, J., Sheppard, K., Passalacqua, S., Pasvogela A., & Bishopf M. (2013). Who benefits from a psychosocial counselling versus educational intervention to improve psychological quality of life in prostate cancer survivors? *Psychology & Health*, 28 (3), 336–354. Doi: 10.1080/08870446.2012.731058
- Balcazar, H., Rosenthal L., Brownstein N., Rush C. H., Matos, S. & Hernandez, L. (2011). Community Health Workers Can Be a Public Health Force for Change in the United States: Three Actions for a New Paradigm. *American Journal of public health*, 101(12), 2199-2203
- Bambara, J. K. (2011). Perceived social support and depression among Veterans with multiple sclerosis. *Disability & Rehabilitation*, 33(1), 1–8. doi:10.3109/09638288.2010.481026
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A., Pastrorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, W. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 258–269.
- Barber, J. P. (2007). Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 17(2): 131-136. doi: 10.1080/10503300601175545
- Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 951-958.

- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N. V., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 160-167.
- Barrett, M. S. & Barber, J. P. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 247–266.
- Bass, J., Neugebauer, R., Clougherty, K.F., Verdelli, H., Wickramaratne, P., Ndogoni, L., ..., & Bolton, P. (2006). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6 month outcomes. *British Journal of Psychiatry, 188*, 567-573.
- Bateman, A. W. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*, 124-133. DOI: 10.1002/cpp.1777
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton, & J.E. Barrett (Eds.). *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–290). New York: Raven Press.
- Beck, R., Robbins, M., Taylor, C., & Baker, L. (2001). An examination of sociotropy and excessive reassurance seeking in the prediction of depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*, 101–105. doi:10.1023/A:1010963624940.
- Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., & Emery G. (1983). *Cognitive treatment of depression: A treatment manual*. New York: Guilford, 1979. (Ed. Esp.) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouwer.
- Becker R. E., Heinberg R. G., Bellak A.S. (1987). *Social skills training treatment for depression*. New York: Pergamon Press.
- Beevers, C. G., Wells, T. T., Ellis, A. J., & McGeary, J. E. (2009). Association of the serotonin transporter gene promoter region (5-HTTLPR) polymorphism with biased attention for emotional stimuli. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 670–681.
- Bellino, S., Rinaldi, C., Bogetto, F. (2010). Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to Borderline Personality Disorder: A Comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(2), 74–81.

- Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C., Bogetto, F. (2007). Combined therapy of Major Depression with concomitant Borderline Personality Disorder: Comparison of Interpersonal and Cognitive Psychotherapy, *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 718-725
- Benazon N. R., & Coyne, J., C (1999). The next step in developing an interactional description of depression? *Psychological Inquiry*, 10(4), 279–304
- Bender, A., & Ewashen, C. (2000). Group work is political work: a feminist perspective of interpersonal group psychotherapy. *Issues In Mental Health Nursing*, 21(3), 297-308.
- Berenzon S., Lara M. A., Robles R., & Medina-Mora M E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mexico*, 55,74-80
- Berenzon- Gorn, S., Saavedra-Solano, N., & Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: Autoatención y apoyo social. *Salud Pública de México*, 51(6), 465–473.
- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.). (1994). Handbook of psychotherapy and behavior change. (4th ed.) New York: Wiley. B
- Berlim, M. T., Van den Eynde, F., & Daskalakis, Z. J. (2013). Efficacy and acceptability of High Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) versus Electroconvulsive Therapy (ECT) for mayor depression: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Depression and Anxiety* 30, 614–623.
- Bernal, J. G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Psychology*, 22(1), 67-82.
- Bernal, J. G., Jimenez-Chaffey, M. I., & Domenech, M. M. (2009). Cultural adaptations for treatments: A resource for considering culture in evidence- based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368.
- Berner, M. M., Kriston, L., Sitta, P., & Harter, M. (2008). Treatment of depressive symptoms and attitudes towards treatment options in a representative German general population sample. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12 (1), 5-10.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed. S., Harwood. T. M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed. pp. 227-306). Hoboken, NJ: Wiley.

- Bieling, P. J. & Alden, L. E. (2001). Sociotropy, autonomy, and the Interpersonal model of Depression: An Integration *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 25, No. 2, 2001, pp. 167–184
- Bieling, P. J., Beck, A. T., & Brown, G. K. (2000). The sociotropyautonomy scale: Structure and implications. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 763–780. doi:10.1023/A:1005599714224.
- Blazer, D. G. (2002). Self efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging & Mental Health*, 6(4): 315–324
- Bilich, L. L., Deane, F. P., Phipps, A. B., Barisic, M., & Gould, G. (2008). Effectiveness of bibliotherapy self-help for depression with varying levels of telephone helpline support. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15, 61- 74.
- Birgenheir, D. G., Pepper, C. M. & John, M. (2010). Excessive Reassurance Seeking as a Mediator of Sociotropy and Negative Interpersonal Life Events. *Cognitive Therapy Research*, 34, 188-195. Doi: 10.1007/s10608-009-9242-1
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic study of the Child*, 29, 107–157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and selfdefinition: Two personality configurations and their implication for psychopathology and psychotherapy. In J. Singer (Ed.), *Repression: Defense mechanisms and personality* (pp. 299–335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. & Auerbach, J. S. (2003). Psychodynamic Measures of Therapeutic Change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. C. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression, *journal erf Counseling and Clinical Psychology*, 150,113-124.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527–562.
- Boenisch S., Kocalevent R. D., Matschinger, H., Mergl, R., Wimmer-Brunauer, C., Tauscher, M., Kramer, D., Hegerl U., & Bramesfeld A. (2012). Who receives depression-specific treatment? A secondary data-based analysis of outpatient care received by over 780,000

- statutory health-insured individuals diagnosed with depression. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 47, 475–486. Doi 10.1007/s00127-011-0355-y
- Bolton, W. & Oakley, K. (1987). A Longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychological Medicine*, 17 (2), 453-460.
- Bolton P., Bass J. Neugebauer R, Verdeli, H., Clougherty, K.F., ... & Weissman, M. (2003). Group interpersonal Psychotherapy for depression in rural Uganda. *Journal of the American Medical Association* 289, 3117-3124.
- Booker, V. K., Robinson, J. G., Kay, B. J., Najera, L. G., & Stewart, G. (1997). Changes in empowerment: Effects of participation in a lay health promotion program. *Health Education & Behavior*, 24(4), 452–464.
- Borgatti, S.P. 2006. E-NET Software for the Analysis of Ego-Network Data. Needham, MA: Analytic Technologies. <https://sites.google.com/site/enetsoftware1/>
- Bouchard L. C. & Shih, J. H. (2013). Gender differences in stress generation: Examination of interpersonal predictors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(4), 424-445
- Bowden, K., Fitzgerald, S. A., Piamjariyakul, U., Werkowitch, M., Thompson, N. C., Keighley, J., & Smith, C. E. (2011). Comparing Patient and Nurse Specialist Reports of Causative Factors of Depression Related to Heart Failure. *Perspectives In Psychiatric Care*, 47(2), 98-104.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss: Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brabender, V., Smolar, A. I. & Fallon, A. E. (2004). *Essentials of Group Therapy*. US. Hoboken, NJ : Wiley. eISBN: 9780471671572
- Brache, K. (2012). Advancing Interpersonal Therapy for Substance Use Disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 38(4): 293–298. DOI: 10.3109/00952990.2011.643995
- Brandon, A. R., Ceccotti, N., Hynan L. S., Shivakumar G., Johnson N. & Jarrett R. B. (2012). Proof of concept: Partner-Assisted Interpersonal Psychotherapy for perinatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 15, 469–480. DOI 10.1007/s00737-012-0311-1

- Bransford, C. L. & Choi S. (2012). Using Interpersonal Psychotherapy to reduce depression among home-bound elders: A service-learning research collaboration. *Best Practices in Mental Health*, 8 (1), 1-15
- Branstandter, J., & Renner, G., (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58–67.
- Broadhead W., Gehlbach S., Degruy F, Kaplan B. (1989). Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care*, 27, 709-723.
- Brockmeyer, T., Pfeiffer, N., Holtforth, M. G., Zimmermann, J., Kammerer, A., Friederich, H.C, & Bents, H. (2012). Mood regulation and cognitive reactivity in depression vulnerability. *Cognitive Therapy Research*, 36, 634–642. DOI 10.1007/s10608-011-9406-7
- Brown G. W., Harris T., (1978). Social origins of depression; A reply. *Psychological Medicine*; 8: 577-588
- Brown, G. W., Ban, M., Craig, T. K. J., Harris T. O., Herbert, J., & Uher, R. (2013). Serotonine transporter length polymorphism, childhood maltreatment, and chronic depression: A specific gene-environment interaction. *Depression and anxiety*, 30, 5-13.
- Brown, R. (1988). *Group processes: dynamics within and between groups*. Oxford: Blackwell.
- Browne, G., Steiner, M., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Dunn, E., Bell, B., Mills, M., Chalklin, L., Wallik, D., & Kraemer, J. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6 month comparison with longitudinal 2 year follow-up of effectiveness and costs. *Journal of Affective Disorders*, 68, 317–330.
- Brownstein J. N. (2008) Charting the course for community health worker research. *Prog Community Health Partnership*, 2, 177-178.
- Brunoni, A. R., Machado-Vieira, R., Zarate, C. A., Valiengo, L., Vieira, E. L.M., Benseñor, I. M, Lotufo P. A., Gattaz W. F., Teixeira A. L. (2014). Cytokines plasma levels during antidepressant treatment with sertraline and transcranial direct current stimulation (tDCS): results from a factorial, randomized, controlled trial. *Psychopharmacology*, 231, 1315–1323. doi: 10.1007/s00213-013-3322-3

- Burvill P. W., Johnson G. A., Jamrozik K. D., Anderson C. S., Stewart-Wynne E. G., & Chakera T. M. (1995). Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 320.
- Butler, T. & Fuhriman, A. (1983). Curative Factors in Group Therapy: A Review of the Recent Literature. *Small Group Research*, *14*, 131-142
- Caldji C., Diorio J. & Meaney M. J. (2003). Variations in maternal care alter GABA(A) receptor subunit expression in brain regions associated with fear. *Neuropsychopharmacology*, *28*, 1950–1959
- Carpenter, L. L., Janicak, P. G., Aaronson, S.T., Boyadjis, T., Brock, D. G., Cook, I. A., Dunner, D. L., Lanocha, K., Solvason, H. B., & Demitrack, M. A. (2012). Transcranial magnetic stimulation (TMS) for major depression: A multisite, naturalistic, observational study of acute treatment outcomes in clinical practice, *Depression and Anxiety* *29*, 587–596.
- Carreira K., Miller, M. D., Frank, E., Houck, P. R., Morse, J. Q., Dew, M. A., Butters, M. A., Reynolds, C. F. (2008). A controlled evaluation of monthly maintenance Interpersonal Psychotherapy in late-life depression with varying levels of cognitive function. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*: 1110–1113. DOI: 10.1002/gps.2031
- Carter, W., Grigoriadis, S., Ross, L. E. (2010). Relationship distress and depression in postpartum women: Literature review and introduction of a conjoint interpersonal psychotherapy intervention. *Archives Womens Mental Health*, *13*, 279-284. DOI 10.1007/s00737-009-0136-8
- Casbon, T. S., Burns, A. B., Bradbury, T. N., & Joiner, T. E. (2004). Receipt of negative feedback is related to increased negative feedback seeking among individuals with depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 485–504. Doi: 10.1016/j.brat.2004.03.009
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). (Eds), *Principles of therapeutic change that Work*. New York: Oxford University Press
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & Human Development*, *3*(2), 121-155
- Castren, E. & Rantamaki, T. (2010). Role of brain-derived neurotrophic factor in the aetiology of Depression implications for pharmacological treatment. *CNS Drugs*, *24*(1), 1-7. DOI 1172-7047/10/0001-0001.

- Champion, L. & Power, M. J. (2012). Special issue on Interpersonal Psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 97- 98. DOI: 10.1002/cpp.1773
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2013). Health care providers' perspectives of medication adherence in the treatment of depression: A qualitative study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 48, 1657–1666. doi: 10.1007/s00127-012-0625-3
- Chrousos, G. P. & Gold P. W. (1992). The concepts of stress and stress system disorders: Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*, 267(9), 1244–1252.
- Cienfuegos, Y., I., & Díaz Loving, R. (2011). Red social y apoyo percibido de la pareja y otros significativos: Una validación psicométrica. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16 (1), 27-39.
- Cienfuegos, Y. & Palomar, J. (2006). Factores de la personalidad asociados a la percepción de apoyo social. *La Psicología Social en México*, 11, 60-65.
- Ciruana, M. R. (2002). Detectar la depresión: El primer paso hacia un tratamiento eficaz. *Atención Primaria*, 29 (6), 329-337.
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 67-89. doi: 10.1348/147608304322874263
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 30, 300-314.
- Cogswell, A., Alloy, L. B., & Spasojevic, J. (2006). Neediness and interpersonal life stress: Does congruency predict depression? *Cognitive Therapy Research*, 30, 427–443 Doi: 10.1007/s10608-006-9052-7
- Cohen, S. (2001). Social supports and physical health: Symptoms, health behaviors, and infectious diseases (126–130). En E. M. Cummings, A. L. Greene, & K. H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S., & Willis, T. A. (2005). Social support, stress and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.
- Colby, P. (2009). *Short Introduction to Attachment and Attachment Disorder*. London: Jessica Kingsley Publishers

- Comaz-Diaz, L. (2006). Latino healing: The integration of ethnic psychology into psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 436-453.
- Conway, C. C., Hammen, C., Espejo, E. P., Wray, N. R., Najman J. M., & Brennan, P. A. (2012). Appraisals of stressful life events as a genetically-linked mechanism in the stress–depression relationship. *Cognitive Therapy Research*, 36, 338-347. DOI 10.1007/s10608-011-9368-9
- Coote H. M., & MacLeod A. K. (2012). A Self-help, positive goal-focused intervention to increase well-being in people with depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 305- 315. Doi: 10.1002/cpp.1797
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Coyne, J. C. (1992). *Cognition in Depression: A Paradigm in crisis*. *Psychological Inquiry*, 3(3), 232.
- Coyne, J. L. & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425
- Craven, M. A. & Bland, R. (2013). Depression in Primary Care: Current and Future Challenges. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8):442-448
- Crowe, M. & Luty, S. (2005). Recovery from depression: A discourse analysis of interpersonal psychotherapy. *Nursing Inquiry*, 12(1), 43-50
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C. & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 280-285.
- Cuijpers P., Andersson G., Donker T., van Straten A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*, 65, 354–364.
- Cuijpers, P. S., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison With Other Treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385
- Cuijpers, P., Reynolds III, C. F., Donker, T., Li, J., Andersson, G., & Beekman, A. (2012). Personalized treatment of adult depression: Medication, psychotherapy, or both?: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 29, 855-864

- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008). Prevención del inicio de los trastornos depresivos: Revisión metaanalítica de las intervenciones psicológicas. *American Journal Psychiatry*, *165*, 1272-1280
- Cukrowics, K., C., Smith, P. N., Hohmeister, H. C., & Joiner, T. E. (2009). The moderation of an early intervention program for anxiety and depression by specific psychological symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(4), 337-351. doi: 10.1002/jclp.20560
- Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1987) . The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, *1*, 37-67.
- Davila, J., Burge, D. & Hammen, C. (1996). Why does attachment style change? Manuscript submitted for publication.
- Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Daley, S. E., & Pale, B. (1996). Cognitive interpersonal correlates of adult interpersonal problem solving strategies. *Cognitive Therapy and Research*, *20* (5), 465-480
- De Mello, M.F., de Jesus, Mari J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R., (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* *255*, 75–82.
- Deacon, B. J., & Baird G. L. (2009). The chemical imbalance explanation of depression: Reducing blame at what cost? *Journal of Social & Clinical Psychology*, *28*(4), 415-435.
- Dennis C. L., & Ross L. (2006) Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal Adv Nursing*, *56*(6):588–599
- Delgado P. (2006). Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment. *Journal Clinical Psychiatry*, *61*(2), 6-9.
- Desjarlais R., Eisenberg L., Good B., & Kleinman A. (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York, NY: Oxford University Press.
- Di Mascio A., Weissman M., Prusoff, B. A., et al. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*; *36*, 1450–1456.
- Díaz-Guerrero, R. (1961). *Estudios de Psicología del mexicano*. México: Antigua librería Robledo.

- Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S., Benjamín, G., Villanueva, T., & Cruz, L. M. (2011). Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana: Su exploración desde las creencias y las normas. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(2), 128-142
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomised trial of behavioural activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658- 670.
- Dill, J. C. & Anderson, C. A. (1999). Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living. En T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (93-125). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468–477.
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1327–1343. doi:10.1037/0022-3514.70.6.1327.
- Draper, M. R., Jennings, J., Baron, A., Erdur, O., Shankar, L. (2002) Time limited counseling outcome in a nationwide college counseling center sample. *Journal of College Counseling*, 5, 26-38.
- Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2006). Interpersonal predictors of onset of depression during the transition to adulthood. *Personal Relationships*. 13.195-206.
- Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2009). Interpersonal predictors of stress generation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35. 544-556.
- Eberhart, N. K. & Hammen, C. L. (2010). Interpersonal style, stress, and depression: An examination of transactional and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(1), 23-38

- Ebmeier, K. P., Berge, A., Semple, D., Shah P., & Steele, D. (2004). Biological treatments of mood disorders. In. Power M. (Ed). *Mood disorders: A handbook of Science and practice*. Hoboken, New Jersey: Wiley
- Eguiluz I., Baca- Baldomero E., Álvarez E., Bousoño M., Martín M., Roca M., & Urretavizcaya M. (2008). Psicoterapia en la depresión a largo plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 26-34.
- Elkins I., Shea T., Watkins J. T., Imber S. D., Sotsky S. M., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry* 46, 971–82.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319 – 324.
- Feinstein, B. A., Bhatia, V., Hershenberg, R., & Davila J. (2012). Another venue for problematic interpersonal behavior: The effects of depressive and anxious symptoms on social networking experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31 (4), 356-382
- Fiedler, K., Nickel, S., Asbeck, J., & Pagel, U. (2003). Mood and the generation effect. *Cognition and Emotion*, 17(4), 585–608
- Findley, S. E., Matos, S., Hicks, A. L., Campbell, A., Moore, A. & Diaz, D. (2012). Building a consensus on community health workers' scope of practice: Lessons From New York. *American Journal of Public Health*, 102(10), 1981-1987
- Fisher M. (2009). *The science of social reasoning and decision making: Foundations of a new social liberal theory*. Adelaide: University of Adelaide
- Fisher, M. & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 1057 – 1063
- Flett G. L. & Panico, T. & Hewitt P. L. (2011). Perfectionism, Type A behavior, and self-efficacy in depression and health symptoms among adolescents. *Current Psychology*, 30, 105–116. Doi: 10.1007/s12144-011-9103-4.
- Flynn, M., Kecmanovic, J., & Alloy, L. B. (2010). An examination of integrated cognitive-interpersonal vulnerability to depression: The role of rumination, perceived social support, and interpersonal stress generation. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 456-466. Doi: 10.1007/s10608-010-9300-8

- Flynn, R. J. & Cappeliez P. (1993). Depression and the social environment: Research intervention with neglected populations. Mc. Gills Queen University Press: Montral, CA
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Quarterly*, 22, 307–335.
- Frank, E., Eichhammer, P., Burger, J., Zowe, M., Landgrebe, M., Hajak, G., Langguth, B. (2011). Transcranial magnetic stimulation for the treatment of depression: Feasibility and results under naturalistic conditions: A retrospective analysis. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 261, 261–266. doi: 10.1007/s00406-010-0137-7
- Frenk, J., Lozano, R., & Gonzalez, B. (1994). Economy and Health: Proposals for the advancement of the health system in Mexico. Final Report. Mexico City. FUNSALUD
- Fuchs C. Z., & Rehm L. P. (1977). A self control behaviour therapy program for depression. *Journal Consult Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- Furukawa T. A., Streiner D. L., Young L. T. (2002). Antidepressant and benzodiazepine for major depression. *Cochrane Database System Review*, 1, CD001026.
- Gallo J. J., Rabins P. V. , Lyketsos C. G., Tien A. Y., & Anthony J.C. (1997). Depression without sadness: Functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *Journal of American Geriatric Society*, 45, 570-578.
- Gater, R., De Almeida e Sousa, B., Barrientos, G., Caraveo, J., Chandrashekar, C. R. M., Dhadphale, M., et al., ..., & Sartorius, N. (1991). The pathway to psychiatric care: A cross-cultural study. *Psychological Medicine* 21, 761-774.
- García-Sánchez, J., Palazon-Rodríguez, P. (2012). *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal: Guía de autoayuda*. España: Desclee de Brower
- Garfield, S., L. (1995). *Psychotherapy: An an eclectic -integrative approach* (2nd ed.). Oxford: Wiley.
- Gastpar, M. (2013). Hypericum extract WS-5570 for depression: An overview. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*, 17(1), 1–7. Doi: 10.3109/13651501.2013.813554
- Gibson, K., Cartwright, C., & Read, J. (2014). Patient-centered perspectives on antidepressant use: A narrative review. *International Journal of Mental Health*, 43 (1) 81–99. doi: 10.2753/IMH0020-7411430105

- Gilbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial, integrative, and evolutionary approach. En Mick, P. ed *Mood Disorders : A Handbook of Science and Practice*. John Wiley & Sons: Hoboken, NJ.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980). *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. Tavistock: London.
- Goldberg, D. & Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders: A Biosocial Model*. Routledge & Kegan Paul: London.
- Gómez-Galán, M., De Bundel, D., Van Eeckhaut, A., Smolders, I., & Lindskog, M. (2013). Dysfunctional astrocytic regulation of glutamate transmission in a rat model of depression. *Molecular Psychiatry* 18, 582–594. DOI 1359-4184/13
- González, S. (2005). Mental Health in Mexico. In Sandoval de Escurdia, J. M., & Richard-Muñoz, M.P. (2005), *La Salud Mental en México*. Retrieved from <http://www.cddhcu.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>
- González-Pier E., Gutiérrez-Delgado C., Stevens G., Barraza-Lloréns M., Porrás-Condey R., Carvalho N., *et al.* (2007). Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex*, 49(Supl 1), 537-552.
- Grobler, A. C., Matthews G., & Molenberghs, G. (2014) . The impact of missing data on clinical trials: a re-analysis of a placebo controlled trial of Hypericum perforatum (St Johns wort) and sertraline in major depressive disorder. *Psychopharmacology*, 231, 1987–1999. doi: 10.1007/s00213-013-3344-x
- Grundmann O., Lv Y., Kelber O., Butterweck V. (2010) Mechanism of St. John's wort extract (STW3-VI) during chronic restraint stress is mediated by the interrelationship of the immune, oxidative defense, and neuroendocrine system. *Neuropharmacology*, 58, 767–773
- Guilligan, C. (1982). *In a different voice: Women's conception of self and morality*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Guse B., Falkai P., Wobrock T. (2010). Cognitive effects of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation: A systematic review. *Journal of Neural Transmission*, 117(1), 105–122.

- Gutiérrez-Avila J. H., & Barilar-Romero E. (1986). Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la Ciudad de México. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 101, 648-658.
- Gutiérrez, L. M. & Ortega, R. (1991). Developing Methods to Empower Latinos, *Social Work With Groups*, 14(2), 23-43.
- Haefel, G. R. (2010). Inside thoughts and outside influences; Cognitive vulnerability moderates the effect of decreases in perceived social support on depressive symptoms. *Journal Of Social & Clinical Psychology*, 29(3), 281-300.
- Haefel, G. J., Voelz, Z. R. & Joiner, T. E. (2007). Vulnerability to depressive symptoms: Clarifying the role of excessive reassurance seeking and perceived social support in an interpersonal model of depression. *Cognition and Emotion*, 21(3), 681-688
- Hagan R., Evans S. F., & Pope S. (2004). Preventing postnatal depression in mothers of very preterm infants: a randomised controlled trial. *British Journal of G*, 111, 641–647.
- Hall, G. C. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502– 510.
- Hammen, C. (1993). Cognition and Psychodynamics: A modest proposal. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(1), 15-19
- Hammen, C. (1991) Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 555–561. Doi: 10.1037/0021-843X.100.4.555
- Hammen, C. (2006) Stress generation in depression: Reflections on origins, research and future directions. *Journal of Clinical Psychology* 62, 1065-1082, DOI 10.1002/jclp
- Hammen, C. (2009). Adolescent depression stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18(4), 200-204
- Hammen, C., Burge, D., & Adrian, C. (1991). Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 341–345.
- Hammen, C., & Watkins, E. (2008). *Depression* (2nd ed.). London: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): p. 278-296.
- Hankin, B., Stone, L., & Wright, P. (2010). Corumination, interpersonal stress generation, and internalizing symptoms: Accumulating effects and transactional influences in an

- multiwave study of adolescents. *Development and Psychopathology*, 22, 217–235. doi: 10.1017/S0954579409990368
- Harkness, K. L., & Luther, J. (2001). Clinical risk factors for the generation of life events in major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 564–572.
- Harter, S. & Marold, D. H., (1994). *The directionality and link between self and affect; Beyond causal modeling*. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), Rochester symposium on developmental psychopathology (Vol. 5, pp. 333-370). Rochester, N. Y.: University of Rochester Press.
- Hatzidimitriou, E. (2002). Political Ideology, Helping Mechanisms and Empowerment of Mental Health Self-help/Mutual Aid Groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 271-285. DOI: 10.1002/casp.681
- Hayden, E. P., Dougherty, L. R., Maloney, B., Olino, T. M., Sheikh, H., Durbin, C. E., et al. (2008). Early-emerging cognitive vulnerability to depression and the serotonin transporter gene promoter region polymorphism. *Journal of Affective Disorders*, 107, 227–230.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. Berlin: Springer.
- Helmreich, I., Wagner, S., Mergl, R., Allgaier, A-K., Hautzinger, M., Henkel, V. Hegerl, U., & Tadic, A. (2012). Sensitivity to changes during antidepressant treatment: A comparison of unidimensional subscales of the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) and the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression, *Eur Arch Psychiatry Clinical Neuroscience*, 2(62):291–304, doi 10.1007/s00406-011-0263-x
- Hoepfner, J., Padberg, F., Domes, G., Zinke, A., Herpertz, S. C., Großheinrich N., Herwig, U. (2010). Influence of repetitive transcranial magnetic stimulation on psychomotor symptoms in major depression. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 260, 197–202. doi 10.1007/s00406-009-0039-8
- Holma, I. A., Holma, K. M., Melartin, T. K., et al., (2010). Treatment attitudes and adherence of a psychiatric patients with major depressive disorder: A five year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 127, 102-112.

- Hollon, S. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 27(10), 891-932.
- Holtzheimer, P. E., McDonald, W. M., Muftic, M., Kelley, M.E., Quinn, S., Corso, G., Epstein, C. M. (2010). Accelerated repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment resistant depression. *Depression and Anxiety*, 27, 960-963.
- Honyashiki, M. D., Furukawa, T., Noma, H., Tanaka, S., Chen, P., Ichikawa, K., Ono, M., Churchill, R., Hunot, V. & Caldwell, D. (2014). Specificity of CBT for Depression: A contribution from multiple treatments meta-analyses. *Cognitive Therapy & Research*, 38(3), 249-260.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hu X. H., Bull S. A., Hunkeler E. M., Ming E., Lee J. Y., Fireman B., & Markson L. E. (2004). Incidence and duration of side effects and those rated as bothersome with selective serotonin reuptake inhibitor treatment for depression: Patient report versus physician estimate. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 959-965
- Iacoviello, B. M., Grant, D. A., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2009). Cognitive personality characteristics impact the course of depression: A prospective test of sociotropy, autonomy and domain-specific life events. *Cognitive Therapy Research*, 33, 187-198. DOI 10.1007/s10608-008-9197-7
- Ibarra-Rovillard, M. S. & Kuiper, N. A. (2011). The effects of humor and depression labels on reactions to social comments. *Scandinavian Journal of Psychology* 52, 448-456.
- Imel, & Wampold, B. E. (2008). *Handbook of Counseling Psychology*, Edition: 4th, Chapter: The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy, Publisher: Wiley, Editors: S.D. Brown & R.W. Lent, pp.249-266
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Interian, A., Lewis-Fernandez, R., Gara, M. A., & Escobar, J. I. (2013). A randomized-controlled trial of an intervention to improve antidepressant adherence among latinos with depression. *Depression and Anxiety*, 30, 688-696

- Isacsson, G., Reutfors, J., Papadopoulos, F. C., Ösby, U., & Ahlner, J. (2010). Antidepressant medication prevents suicide in depression. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 122, 454–460. Doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01561.x
- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jack, D. C. (1999). Silencing the self: Inner dialogues and outer realities. En T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (221-246). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jablensky, A. (1987). Prediction of the course and outcome of depression. *Psychological Medicine*, 17, 1-9.
- Jack, B. A., Kirton, J., Birakurataki J., & Merriman, A. (2011). The Personal value of being a palliative care Community Volunteer Worker in Uganda: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 26(5) 753–759. doi: 10.1177/0269216311413628
- Jaddou, H. Y., Batiha, A., M., Khader, Y., S., Kanaan, S. H., El-Khateeb, M. S. & Ajlouni, K. M. (2012). Depression is associated with low levels of 25-hydroxyvitamin D among Jordanian adults: Results from a national population survey. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 262, 321–327. DOI 10.1007/s00406-011-0265-8
- Jenawy, A., & Paykel, E.S. (1997). Life events and depression. In A. Honig, & H.M. van Praag (Eds.), *Depression, Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances* (pp. 279–295). Chichester: John Wiley & Sons.
- Joiner, T. E. (2000). A test of the hopelessness theory of depression in youth psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (2), 167–176.
- Joiner, T. E., Coyne, J. C. Blalock, J. (1999). On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis. En T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (3-19). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Joiner, T. E., Lewinsohn P. M., & Seeley J. R. (2002). The core of loneliness: Lack of pleasurable engagement—more so than painful disconnection—predicts social impairment, depression onset, and recovery from depressive disorders among adolescents. *Journal of Personality Assessment*, 79(3), 472–491

- Joiner, T. E., Jr., & Metalsky, G. I. (1998). *The relative specificity of excessive reassurance-seeking to depressive symptoms among adult and youth psychiatric inpatients*. Manuscript submitted for publication.
- Joiner, T. E., Wingate, L. R., & Otamendi, I. (2005). An interpersonal addendum to the hopelessness theory of depression: Hopelessness as a stress and depression generator. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (5), 649-664
- Joormann, J. (2009). Cognitive aspects of depression. In I.H. Gotlib & C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed.) (pp. 298_321). New York, NY: Guilford Press.
- Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 484–490.
- Judd L. L. , Akiskal H. S., Maser J. D., et al. (1998). Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *Journal of Affective Disorders*, 50, 97–108.
- Jungke, P., Ostrow, G., Li, J. L., Norton, S., Nieber, K., Kelber, O., Butterweck, V. (2011). Profiling of hypothalamic and hippocampal gene expression in chronically stressed rats treated with St. John's wort extract (STW 3-VI) and fluoxetine. *Psychopharmacology*, 213:757–772. doi: 10.1007/s00213-010-2032-3
- Kasper S., Gastpar M., Moller H. J., Muller W. E., Volz H. P., Dienel A., Kieser M. (2010). Better tolerability of St. John's wort extract WS 5570 compared to treatment with SSRIs: a reanalysis of data from controlled clinical trials in acute major depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 25, 204–213
- Keith, J. A., Verdelli, H., & Voursora E. (2011). Evaluating the Clinical Significance of Depression Treatment Implications for Global Mental Health Research. *International Journal of Mental Health*, 40 (3), 3–28. Doi 10.2753/IMH0020-7411400301
- Kendler, K. S., Myers, J., & Halberstadt, L. J. (2011). Do reasons for major depression act as causes?. *Molecular Psychiatry*, 16(6), 626-633.
- Kessler R. C., Angermeyer M., Anthony J. C., De Graaf R. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6 (3), 168-176.

- Kessler R. C., Berglund P., Demler O., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23):3095- 3105.
- Kito, S., Hasegawa, T., & Koga, Y. (2011). Neuroanatomical correlates of therapeutic efficacy of low-frequency right prefrontal transcranial magnetic stimulation in treatment-resistant depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65-175–182. doi:10.1111/j.1440-1819.2010.02183.x
- Klein, A., & Markowitz, J. C. (2011). Interpersonal Psychotherapy (IPT) for PTSD: A Case Study. *American Journal of Psychotherapy*, 65(3), 205-223.
- Klerman G. W., Weissman M. M., Rounsavile B. J.(1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: Basic Books*
- Kopta, M. S. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: A defining achievement for Dr. Keneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 727-733. doi: 10.1002/jclp.10167
- Kraus, L. A., Davis, M. H., Bazzini, D. G. Church, M., & Kirchman, C. M. (1993). Personal and social influences on loneliness: The mediating effect of social provisions. *Social Psychology Quarterly*, 56, 37-53.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Miranda, J., Krause, E., & Mete, M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy Research*, 18(5), 497-507. DOI: 10.1080/10503300802183678
- Koydemir-Özden, S. (2010). Self-aspects,perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *International Journal of Mental Health*, 39(3), 44–60. doi:10.2753/IMH0020-7411390303
- Kouyoumdjian H., Zamboanga B. L., & Hansen D. J. (2003). Barriers to community mental health services for Latinos: treatment considerations. *Clinical Psychology* 10, 394–422.
- Kurtz, L. F. (1997). *Self-help and support groups: a handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lambert, M.J., & Olges, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). NewYork: JohnWiley and Sons

- Lamers F., Vogelzangs, N., Merikangas, K. R., de Jonge, P., Beekman, A. T. & Penninx B. W. (2013). Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression. *Molecular Psychiatry* 18, 692–699
- Landers, S. N. (2011). Community Health workers- Practice and promise. *American Journal Of Public Health*, 101(12), 2198.
- Lara A., Navarro C., Navarrete L., Mondagon L., & Rubi A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26 (3), 27-36.
- Lara- Muñoz, M. C., Medina-Mora, M. E., Borgues, B., Zambrano, J. (2007). Social costs of mental disorders: Disability and work day lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*. 30(005), 4-11.
- Lara M. A, Navarro C., & Navarrete L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Publica Mex*;46(5), 378-387.
- Lara-Muñoz, M. C., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chrisholm, D., & Medina-Mora, M. E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33, 301-308.
- Lazarus. A. A. (1989). Why I am an eclectic (not an integrationist). *British Journal of Guidance and Counselling*, 17 248-258.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., & Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 233-259
- Lemke, M. R., Puhl, P., Koethe, N., Winkler, T. (1999) Psychomotor retardation and anhedonia in depression. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 99, 252–256
- Leu J, Yen IH, Gansky SA, Walton, E., Adler, N. E., & Takeushi, D. T.. (2007). The association between subjective social status and mental health among Asian immigrants: Investigating the influence of age at immigration. *Social Science Medicine*, 66,1152–64
- Levenson, J.C., Frank, E., Cheng, Y., Rucci, P., Janney, C. A., Houck, P., Forgiione, R.N., Swartz, H.A , Cyranowski, J.M., & Fagiolini, A. (2010). Comparative outcomes among the problem areas of interpersonal psychotherapy for depression. *Depression and Anxiety* 27:434–440. DOI 10.1002/da.20661

- Levine, D. (2013). *Living with chronic depression: A rehabilitation approach*. United States: International Psychotherapy Institute E-Books
- Lin E. H., Von Korff M., Katon W., Bush T., Simon G. E., Walker E., & Robinson P. (1995). The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*, 33(1), 67–74
- Loe H. (2012). Social Determinants of Health: Implications for Public Health, Medical and Social Interventions. *Texas Public Health Journal*, 64(3), 24-28
- Lovell, K., Bower, P., Richards, D., Barkham, M., Sibbald, B., Roberts, C., Davies, L., Rogers, A., Gellatly, J., & Hennessy, S. (2008). Developing guided self help for depression using the Medical Research Council's complex interventions framework: A description of the modeling phase and results of an exploratory randomized controlled trial. *BioMed Central Psychiatry*, 8, 91.
- Luborsky, L. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky L., Rosenthal R., Diguer L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A. & Krause E.D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1: 2-12
- Luscher, B., Shen, Q. & Sahir N. (2011). The GABAergic deficit hypothesis of major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*, 16, 383–406. DOI 1359-4184/11
- Luutonen, S., Sohlman, B., Salokangas, R.,K. Lehtinen, V., & Dowrick, C. (2011). Weak sense of coherence predicts depression: 1-year and 9-year follow-ups of the Finnish Outcomes of Depression International Network (ODIN) sample. *Journal of Mental Health*, 20(1), 43-51
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*. 139(5), 439-457.
- Lynch, T.R., Mendelson, T., Robins, C.J., Krishnan, K.R.R., George, L.K., Johnson, C.S., et al. (1999). Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-adult samples: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Affective Disorders*, 55, 159–170.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239–249.

- MacKenzie K. R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington DC, American Psychiatric Press
- MacKenzie, K. R., & Gravobac, A. D. (2001). Interpersonal Psychotherapy Group (IPT-G) for Depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10 (1), 46-51.
- Mains, J. A., & Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of selfadministered treatments: A practice-friendly review of the research. *JCLP//In Session: Psychotherapy in Practice*, 59(2), 237- 246.
- Mantovani, A., Pavlicova, M., Avery, D., Nahas, Z., McDonald, W. M., Wajdik, C. D., Holtzheimer III, P. E., George, M. S., Sackeim, H. A., & Lisanby, S. H. (2012). Long term efficacy of repeated daily prefrontal transcranial stimulation (TMS) in treatment resistant depression. *Depression and Anxiety* 29, 883–890.
- Masi, G. & Brovedani, P. (2011). The hippocampus, neurotrophic factors and depression possible implications for the pharmacotherapy of depression. *CNS Drugs* , 25 (11), 913-931. DOI 1172-7047/11/X11.0913/S49.96/0
- McDonald, W., Durkalski, V., Ball, E. R., Holtzheimer, P. E., Pavlicova, M., Lisanby, S. H., Avery, D., Anderson, B. S., Nahas, Z., Zarkowski, P., Sackeim, H. A., & George, M. S. (2011). Improving the antidepressant efficacy of transcranial magnetic stimulation: Maximizing the number of stimulations and treatment location in treatment resistant depression. *Depression and Anxiety*, 28, 973–980.
- McRoberts C., Burlingame G. M. , & Hoag M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2, 101–117
- Markowitz, J. C. (2003). Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *Journal Of Clinical Psychology*, 59(8), 847-858.
- Markowitz, J. K. (2010). IPT and PTSD. *Depression and anxiety*, 27, 879-881. DOI 10.1002/da.20752
- Markowitz, J. C., Bleiberg, H. P., & Skodol, A. E. (2007). Adapting Interpersonal Psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 103 – 116. DOI: 10.1080/09638230601182060
- Markowitz, J. C., Patel, S. R., Balan, I. C., Bell, M. A., Blanco, C., Yellow Horse Brave Heart, M., . . . , & Lewis-Fernandez, R. (2009). Toward an adaptation of interpersonal

- psychotherapy for Hispanic patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 214-222.
- Markowitz, J. C., Skodol, A. E., Bleigerg, K. (2006). Interpersonal Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Possible Mechanisms of Change. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 431-444. DOI: 10.1002/jclp.20242
- Markowitz J. C. & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry* 3(3) 136-139
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012). Interpersonal Psychotherapy: Past, Present and Future. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 99-105. doi:10.1002/cpp.1774
- Marrero- Quevedo, R. J., & Carballeira- Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud mental*, 33(1), 39–46.
- Martinovic Z., Simonovic P., & Djokic R. (2006). Preventing depression in adolescents with epilepsy. *Epilepsy Behaviour*, 9, 619–624
- McDonell, D. A. (2011). From financial hardship to child difficulties: main and moderating effects of perceived social support. *Child: Care, Health & Development*, 37(5), 679-691.
- McIntosh, V. V., Bulik, C. M., McKenzie, J. M., Luty, S. E., & Jordan, J. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 125–139.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara M. C., Benjet C., Blanco, J. J., Fleiz B. C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4) 1-16.
- Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., et al. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSMIV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783.
- Medina-Mora M. E., Rojas E., Borges G., Vázquez-Pérez, Fleiz C., Real T. (2008). Comorbidity: Depression and substance abuse. En: Aguilar-Gaxiola S , Gullotta T, eds. *Depression in Latinos. Assessment, treatment and prevention*. New York: Springer.
- Melartin T. K., Rytala H. J., Leskela U. S., Lestela-Mielonen P. S., Sokero T. P., Isometsa E. T. (2005). Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 220–227.

- Messer S. B. & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1
- México, Secretaria de Salud. (2002). Boletín de información estadística. *Daños a la salud*, 21(2), 7-12)
- Meyer B., & Garcia-Roberts, L. (2007). Congruence between reasons for depression and motivations for specific interventions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 525-542
- Miller, M. D., & Reynolds, C. F. (2007). Expanding the usefulness of interpersonal Psychotherapy (IPT) for depressed elders with co-morbid cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 101–105.
- Miranda, J., & Persons, J. B. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 237_241.
- Mitjans, M., Serretti, A., Fabbri, C., Gastó, C., Catalán, R., Fañanás, L., et al. (2013). Screening genetic variability at the CNR1 gene in both major depression etiology and clinical response to citalopram treatment, *Psychopharmacology*, 227, 509–519. DOI 10.1007/s00213-013-2995-y
- Miyakawa, M., Magnusson, L. L., Theorell, T., & Westerlund, H. (2011). Subjective social status: Its determinants and association with health in the Swedish working population (the SLOSH study). *European Journal of Public Health*, 22 (4), 593–597. DOI:10.1093/eurpub/ckr064
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroupp, D.F., Gerberding, J. (2000). Actual cases of death in the United States, *JAMA*, 291, 1238-1245.
- Montagne, M. (2011). Miracle drug, poison, or placebo: Patients' experiences with antidepressant medications as described in postings on an online message board. *Substance Use & Misuse*, 46, 922–930. doi: 10.3109/10826084.2011.570632
- Morales, J. J., Rodríguez, R., Ortega, L. M., & Lazcano, G. A. (2006). Hacia la prevención de la depresión. A partir del estudio de los factores asociados a la presencia del síntoma depresión. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 11(2), 45-54.
- Morgan, A.J., & Jorm, A. (2008). Self-help strategies that are helpful for sub-threshold depression: A Delphi consensus study. *Journal of Affective Disorders*, 115 (1), 196- 200.

- Morris, M. C., Ciesla, J. A., & Garber, J. (2008). A prospective study of the cognitive-stress model of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 719-734.
- Mufson, L. Gallagher, T., Pollack-Dorta, K., & Young, J. E. (2004). A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 58 (2). 220-237.
- Mulcahy, R., Reay R. E., Wilkinson, R. B., & Owen C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* , 13, 125–139. DOI 10.1007/s00737-009-0101-6
- Mulinari, S. (2012). Monoamine theories of depression: Historical impact on biomedical research. *Journal of the History of the Neurosciences*, 21, 366–392. DOI: 10.1080/0964704X.2011.623917
- Müller W. E. (2003). Current St John ' s wort research from mode of action to clinical efficacy . *Pharmacological Research*, 47, 101– 109.
- Munoz, R.F. (2005), La depresión y la salud mental en nuestros pueblos, *Salud Mental*, 28(004), 1- 9.
- Murray C.L. & Lopez, A. (1996) in press. *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Harvard University Press, Cambridge.
- Nassir, S., Vohringer, P. A., & Whitham, E. A. (2013). Antidepressants from a public health perspective: Re-examining effectiveness, suicide, and carcinogenicity. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 127, 89- 93. doi: 10.1111/acps.12059
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Nezlek, J. B., Imbrie, M. & Shean, G. D. (1994). Depression and everyday social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1101–1111.
- Nezu A. M., Perri M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *J Consult Clinical Psychology*, 57, 408-13.
- Noel, L. T., Rost, K., & Gromer, J. (2013). A depression prevention program for rural adolescents: Modification and design. *Children & Schools*, 35(4), 199-211. doi: 10.1093/cs/cdt018

- Nollet, M. & Leman, S., (2013). Role of Orexin in the Pathophysiology of Depression: Potential for Pharmacological Intervention. *CNS Drugs*, 27, 411-422. DOI 10.1007/s40263-013-0064-z
- Norcross, J. C. (2000). Empirically supported therapeutic relationships: A Division 29 task force. *Psychotherapy Bulletin*, 35 (2) , 2-4.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Non-animal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.) (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Patel V. & Kleinman A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin World Health Organization*, 81, 609-615.
- Patel V., Araya R., & Bolton P. (2004) Treating Depression in the developing world. *Tropical Medicine International Health*, 9, 539-41.
- Patel V., Chisholm D., Rabe-Hesketh S., Dias-Saxena F., Andrew G., & Mann A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomized, controlled trial. *Lancet*, 361, 33-39.
- Patel, V. & Sumathipala, A. (2001) International representation in psychiatric literature: surveys of six leading journals. *British Journal of Psychiatry*, 178, 406-409.
- Patten, S. B. (2013). Childhood and adult stressors and major depression risk: Interpreting interactions with the sufficient-component cause model. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 48, 927-933. DOI 10.1007/s00127-012-0603-9
- Paykel, E. S., Myers, J. K., Dineen, M. N., Klerman, G. L., Lindenthal, J. A., Pepper, M. P. (1969). Life events and depression: A controlled study. *Archives General Psychiatry*, 21, 753-757
- Payne, J., Teitelbaum J., & Joffe, H. (2009). A Reproductive Subtype of Depression: Conceptualizing models and moving toward etiology. *Harvard Review Of Psychiatry* , 17(2), 72-86. DOI: 10.1080/10673220902899706
- Perez, J. E. (1999). Integration of Cognitive Behavioral and Interpersonal Therapies for Latinos: An argument for technical eclecticism. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29(3), 169-183.

- Pizzagalli D. A. (2011) Frontocingulate dysfunction in depression: Toward biomarkers of treatment response. *Neuropsychopharmacol: Off Public American College Neuropsychopharmacology*, 36, 183–206.
- Potthoff, J. G., Holahan, C. J., & Joiner, T. E. (1995). Reassurance seeking, stress generation, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 664–670. Doi:10.1037/0022-3514.68.4.664.
- Poulton, R. G., & Andrews, G. (1992). Personality as a cause of adverse life events. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 35–38.
- Pueschel, O., Shilte, D., & Michalak, J. (2011). Be careful what you strive for: The significance of motive–goal congruence for depressivity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 23–33. DOI: 10.1002/cpp.697
- Putalaz, M., White, A. S. & Shipman, R. (Marzo, 1985). Sociometric status and adjustment: A developmental perspective. Ensayo presentado en la reunion bienal de la Sociedad de Investigación de Desarrollo Infantil. Toronto, Canadá
- Ramos-Brieva, J.C, A, (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* (14), .324-334.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121–148
- Rappaport, J., Seidman, E., Toro, P. A., McFadden, L. S., Reischl, T. M., Roberts, L. J., Salem, D. A., Stein, C. H., & Zimmerman, M. A. (1985). Collaborative research with a mutual help organization. *Social Policy*, 15(3), 12–24.
- Rascón, R., Arredondo, A., Tirado, L., & López, M. (1998). Cost approximation for the treatment of mental illnesses in Mexico: depression and schizophrenia. Retrieved from Lilacs database <http://bvsmodelo.bvsalud.org/site/lilacs/I/ililacs.htm>
- Reay, R., Stuart S. & Owen, C. (2003). Implementation and effectiveness of interpersonal psychotherapy in a community mental health service. *Australasian Psychiatry*, 11 (3), 284-289.
- Reilly, L. C., Ciesla, J. A., Felton, J. W., Weitlauf, A., S., & Anderson N. L. (2012). Cognitive vulnerability to depression: A comparison of the weakest link, keystone and additive models. *Cognition and Emotion*, 26 (3), 521-533

- Reesal R. T., & Lam R. W. (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: II. Principles of management. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(1), 521–528.
- Roberts, J. E., Gotlib, I. H. & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression. The mediating role of dysfunctional attitudes and low self esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 310-320
- Robertson, M., Rushton, P., Batrim, D., Moore E., & Morris P. (2007). Open trial of interpersonal psychotherapy for chronic post traumatic stress disorder, *Australasian Psychiatry*, 15(5), 375-379. doi: 10.1080/10398560701354948
- Robertson, M., Rushton, P. & Wurm, C. (2008). Interpersonal Psychotherapy: An overview. *Psychotherapy in Australia*, 14(3), 46-54.
- Robertson, M. (1999). Interpersonal Psychotherapy for patients recovering from bipolar disorder. *Australasian Psychiatry*, 7(6), 329-331
- Roetker, N. S., Page, D., Yonker, J. A., Chang, V., Roan, C. L., Herd, P., Hauser, T. S., Hauser, R. M., & Atwood, C. S. (2013). Assessment of genetic and nongenetic interactions for the prediction of depressive symptomatology: An analysis of the Wisconsin Longitudinal Study using machine learning algorithms. *American Journal of Public Health* , 103(S1), S136S144.
- Roman, L., Lindsay, J., Moore, J., & Shoemaker, A. (1999). Community health workers: Examining the helper therapy principle. *Public Health Nursing*, 16(2), 87–95.
- Rose, A. J. (2002). Co-rumination in the friendships of girls and boys. *Child Development*, 73, 1830–1843. doi: 10.1111/1467-8624.00509
- Roselló, J., & Bernal, G. (1996). Adapting cognitive- behavioral ad interpersonal treatments for depressed Puerto Rican adolescents. In E. D. Hibbs & P. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders* (pp. 157-185). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatment for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books
- Rosenquist, J. N., Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2011). Social network determinants of depression. *Molecular Psychiatry*, 16, 273–281 Doi: 1359-4184/11

- Rosenthal, R., & Rubin, D. (1985). Statistical analysis: Summarizing evidence versus establishing facts. *Psychological Bulletin*, *97*, 527-529.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: At last the Dodo said, 'Everybody has won and all must have prizes.' *American Journal of Orthopsychiatry*, *6*, 412-415.
- Rovner B. W., Casten R. J., Hegel M. T., Leiby B. E., & Tasman W. S (2007). Preventing depression in age-related macular degeneration. *Archives of General Psychiatry* 2007; *64*:886–892
- Rudolph, K. D., Hammen, C. & Burge, D. (1995). Cognitive representations of self, family, and peers in school-age children: Links with social competence and sociometric status. *Child Development*, *66*, 1385-1402. Doi: 0009-3920/95/6605-0007
- Rucci, P., Frank, E., Calugi, S., Miniati, M., Benvenuti, A., Wallace, M., & ... Cassano, G. B. (2011). Incidence and predictors of relapse during continuation treatment of major depression with SSRI, Interpersonal psychotherapy or their combination. *Depression and Anxiety*, *1091-4269*, *28*(11), 955-962. doi:10.1002/da.20894
- Ruiz, L.G., Colin, R.F., Corlay, S.Y., Lara, M.C., & Duenas, H.J. (2007). Trastorno depresivo mayor, en Mexico: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos, y la calidad de vida. *Salud Mental*, *30*(002), 25-32.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, *55*, 68–78.
- Sabir, B., Rahbar, M., Naeem, S., Gul A., Mubeen, S., & Iqbal, A. (2003). The effectiveness of counseling on anxiety and depression by minimally trained counselors. *American Journal of Psychotherapy*, *57*(3), 324-336.
- Salgado-de Snyder, V. N., Diaz- Perez, M. J., & Gonzalez-Vazquez, T. (2002). Model of integration for the attention of mental health in rural population in Mexico. *Public Health*, *45*(1), 19-26.
- Sanacora G., Gueorguieva R., Epperson C. N., Wu Y. T., Appel M., Rothman D. L. et al. (2004) Subtype-specific alterations of gammaaminobutyric acid and glutamate in patients with major depression. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 705–713.

- Sandoval de Ecurdia, J. M. & Richard-Muñoz, M. P. (2005), La Salud Mental en México, [PDF Document], retrieved from <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Sanyal, C. Asbridge, M., Kisely, S., Sketris, I., Andreou, P. (2011). The utilization of antidepressants and benzodiazepines among People With Major Depression in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (11), 667–676.
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 487–510.
- Scherbaum, C. A., Cohen-Charash Y., Kern, M. J. (2006). Measuring general self-efficacy: A comparison of three measures using Item Response Theory. *Educational and Psychological Measurement*, 66 (6), 1047-1063. DOI: 10.1177/0013164406288171
- Schraufnagel, T. J., Wagner, A. W., Miranda, J., Peter, P., & Roy-Byrne, M. (2006). Treating minority patients with depression and anxiety: What does the evidence tell us? *General Hospital Psychiatry*, 28, 27–36.
- Schueller, S. (2009). Promoting wellness: Integrating community and positive psychology, *Journal of Community Psychology*, 37, (7), 922–937. DOI: 10.1002/jcop.20334
- Schultz, A. J., Israel, B. A., Becker, A. B., & Hollis, R. M. (1997). It's a 24-hour thing... a living for each other concept: Identity, networks and community in an urban village health worker project. *Health Education and Behavior*, 24(4), 465–480.
- Schulz H. U., Schurer M., Bassler D., Weiser D.(2006). Investigation of the effect on photosensitivity following multiple oral dosing of two different hypericum extracts in healthy men. *Arzneimittelforschung*, 56, 212 – 221
- Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000). Cross cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale. Paper presented at the first Asian congress of Health Psychology: Health Psychology and culture, Tokyo, Japan.
- Scott J. (1995). Psychotherapy for bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 167, 581–588.
- Secretaría de Salud (2001). National Health Program 2001-2006. Mexico City: Health Department.
- Segrin, C. (1990). A meta-analytic review of social skills deficits in depression. *Communication Monographs*, 57(4), 292–308.

- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills as a vulnerability factor in the development of psychosocial Interpersonal predictors of depression 205 problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489–514.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness*. San Francisco: W. H. Freeman & Co.
- Serrano-García, I. (2002) Ser diferent: el repte de la psicologia comunitària. In L. Cantera, J. Herrero, M. Montenegro y G. Musito (Ed.). *Psicología comunitaria y bienestar social*. Barcelona: Ediciones EdiUoc.
- Shaw, B. F., Elkin. L. Yamaguchi. J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson. K. S., et al. (1999). Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 837-846.
- Sheffield J. K., Spence S. H., Rapee R. M., Kowalenko N., Wignall A., Davis A., & McLoone J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 74, 66–79
- Shih, J. H. (2006). Sex differences in stress generation: Sociotropy/autonomy, stress, and depressive symptoms. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 434– 446.
- Silverman, R. (2002). Review Essay: The culture of charity? *Qualitative Sociology*, 25(1), 159-163.
- Simon G., Ormel J., VonKorff M., & Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.
- Sleath B., Rubin R. H., & Huston S. A. (2003). Hispanic ethnicity, physician-patient communication, and antidepressant adherence. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 198–204.
- Solomon, D., Ford, E., Adams J., & Graves, N. (2011). Potential of St John ' s Wort for the treatment of depression: the economic perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 123–130
- Srnivasa M., (1998). The city of Bangalore, India. In D. Goldberg & G. Thornicroft (Eds.) *Mental Health in our future cities*. Hove, England: Psychology Press, pp. 77-100.
- Spence S., Sheffield J., & Donovan C. (2003). Preventing adolescent depression: An evaluation of the problem solving for life program. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 71, 3-13

- Starr, L. R. & Davila, J. (2008). Excessive reassurance seeking, depression, and interpersonal rejection: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 762–775.
- Steidtmann, D., Manber, R., Arnow, B. A., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. A., Thase, M. E. & Kocsis, J. H. (2012). Patient treatment preference as a predictor of response and attrition in treatment for chronic depression, *Depression and Anxiety*, 29, 896–905
- Steidman, D. Manber, R., Arnow, B.A., Klein, D. N., Markowitz, J.C., Rothbaum, B.O, Thase, M. E., & Kocsis, J. H. (2012). Patient treatment preference as a predictor of response and attrition in treatment for chronic depression. *Depression and Anxiety*, 29, 896-905
- Sternbach H. (2003) Are antidepressants carcinogenic? A review of preclinical and clinical studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1153–1162.
- Stevens, S. E., Hynan, M.T., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 273-290.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 486–503.
- Stirman, S. W., Toder, K., Crits-Christoph, P. (2010). New psychotherapies for mood and anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(4), 193-201.
- Stuart, S. (2011). IPT adherence and quality scale. Interpersonal Psychotherapy Institute. Recuperado de <http://iptinstitute.com/wp-content/uploads/2011/09/IPT-Quality-Adherence-Scale-9-6-11.pdf>
- Stuart, S. (2012). Interpersonal Psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 134–140. DOI: 10.1002/cpp.1778
- Stuart, S., & Robertson, M. (2003). *Interpersonal Psychotherapy: A Clinician's Guide*. London: Edward Arnold.
- Stuart, S. & Robertson, M. (2012). *Interpersonal psychotherapy a clinician's guide*. 2da ed. Londres, U. K.: Hodder Arnold
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley.

- Sue, D. W. & Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (3rd edition). New York: Wiley.
- Sue, D. W., Sue, D., & Sue, S. (1994). *Understanding abnormal behavior* (4th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53, 440-448.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.
- Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H., & Kuboki, T. (2003). Interactions among a stressor, self-efficacy, coping with stress, depression, and anxiety in maintenance hemodialysis patients. *Behavioral Medicine*, 29(3):107-12.
- Tamura, T. & Lau, A. (1992). Connectedness versus separateness: Applicability of family therapy to Japanese families. *Family Process*, 31, 319–340.
- Tang, T. C., Jou, S. H., Ko, C. H., Huang, S. Y., & Yen, C. F. (2009). Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 463-470. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01991.x
- Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202.
- Tasca, G. A., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Daigle, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16, 106–121.
- Thangadurai, P. P., & Jacob, K. S. (2014). Medicalizing distress, ignoring public health strategies. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(4), 351-354. Doi:10.4103/0253-7176.140698
- Tharp, R. G. (1991). Cultural diversity and treatment of children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 169-174.
- Thase M. E., Simons A. D., McGeary J., et al. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer courses of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046–1052.

- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96, 506–520.
- Tse, W. S. & Bond, A. J. (2004). The impact of depression on social skills: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 260– 268.
- Uher, R. & McGuffin P. (2010). The moderation by the serotonin transporter gene of environmental adversity in the etiology of depression: 2009 update. *Molecular Psychiatry*, 15, 18–22.
- Van Orden, K. A. & Joiner, T. (2004). A role for the contagion of emotion? A comment on Segrin. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), . 825-832
- Vega-Rivera, N. M., López-Rubalcava, C., Paez-Martínez, N., Castro, M., & Estrada-Camarena, E., M (2013). Interacción estrógenos-noradrenalina en la depresión. *Salud Mental* , 36, 331-336
- Verdeli H., Clougherty K., Bolton P., Speelman, S., Lilcoln, N., Bass, J., ..., & Weissman, W. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy (IPT-G) for a developing country: experience in rural Uganda. *World Psychiatry*, 2,114-120.
- Verdugo M. A., & Martin M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25, 68-77.
- Vitela, N. (2006) Trastornos Mentales, identifiquelos. Reforma Salud. Marzo, pp.12-13.
- Wagner F. A., Gallo J. J., & Delva J. (1999). Depression in late life: a hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública México*, 41(3), 189–202.
- Walsh B. T., Seidman S. N., Sysko R., & Gould M. (1002). Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *Journal American Medical Association*, 287, 1840-1847.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate*. NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. In J.C. Norcross, L.E. Beutler, & R.F. Levant (Eds). *Evidence based practices inmental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 200-208).Washington, DC: American Psychological Association
- Weber, S., Puskar, K. R., & Ren, D. (2010). Relationships Between Depressive Symptoms and Perceived Social Support, Self-Esteem, & Optimism in a Sample of Rural Adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 584–588. doi:10.3109/01612841003775061

- Weissman, M. (1995). *Mastering depression through Interpersonal Psychotherapy: Patient Workbook*. Estados Unidos: Oxford University Press.
- Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(8), 553-557.
- Weissman M. M., Klerman G. L., Prusoff B., et al. (1981). Depressed outpatients: results one year after treatment with drugs and/or interpersonal therapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 51–55.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., et al. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281, 1707–1713.
- Weissmark, Mona Sue & Giacomo, Daniel, A. (1998). *Doing Psychotherapy Effectively*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Whooley M. A., de Jonge P., Vittinghoff E., Otte C., Moos R., Carney R. M., Ali S., Dowray S., Na B., Feldman M. D., Schiller N. B., Browner W. S. (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA* 300(20):2379–2388
- Wilfley, D. E., Mackenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E., et al. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York, NY: Basic Books.
- Wills, T. A. (1992). The helping process in the context of personal relationships. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *Helping and being helped: Naturalistic studies* (pp. 17–48). Newbury Park, CA: Sage.
- Woodward, J. (2003) . Introduction to attachment theory. En M. Green & M. Scholes (Eds.), *Attachment and Its Significance for Human Survival* (7-20). London: Karnac Books
- World Health Organization [WHO] (2001) *The World Health report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, WHO, Geneva.
- World Health Organization (2003). *Mental Health context*. World Health Organization, Ginebra, 2003.

- World Health Organization (2003) Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2004). Investing in mental health. Department of mental health and substance abuse. World health Organization (WHO). Ginebra, Switzerland. ISBN 924 356257 6.
- World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva (CH): WHO. Table 13. p 44.
- World Health Organization (2010). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. World Health Organization; Geneva, Switzerland.
- Wray, N. R., Pergadia, M. L., Blackwood, D. H. R, Penninx, B. W., Gordon, S. D., Nyholt, D. R., et. al. (2012) . Genome-wide association study of major depressive disorder: new results, meta-analysis, and lessons learned. *Molecular Psychiatry*, 17, 36–48
- Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D., & Leszcz M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books: United States
- Zautra, A.J., Davis, M.C., Reich, J.W., Nicassario, P., Tennen, H., & Finan, P., (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 408- 421.
- Zhou, L., Chen, J., Liu, X., Lu, D., & Su, L. (2013). Negative cognitive style as mediator between self-compassion and hoplessness depression. *Social Behavior and Personality*, 41(9), 1511-1518.
- Zirkelback, E. A. & Reese, R. J. (2010). A review of psychotherapy outcome research: Considerations for school-based mental health providers. *Psychology in the Schools*, 47(10), 1084-1100. doi: 10.1002/pits.20526
- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., & Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 59(3), 205–215.
- Zobel I., Kech S., van Calker D., Dykieriek P., Berger M., Schneibel R., & Schramm E. (2011). Long-term effect of combined interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy in a

randomized trial of depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinava*. 123, 276–282. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01671.x

Zuñiga, M E. (1992). Using methaphors in therapy: Dichos and Latino clients. *Social Work*, 37, 55-60.

Capítulo 2

Psicología comunitaria

La psicología comunitaria se fundamenta en un principio de dignidad, valor y particularidad de las comunidades que han vivido bajo la opresión y marginalización (Canning, 2011, p. 195). Esta rama ha tenido varias definiciones alrededor de los años y los escenarios en los que se ha construido. Sin embargo, de modo general se define como el área de la psicología que “trata de la comunidad con la comunidad” (Montero, 2004, p. 67), o como afirma Milanese “(...) en la comunidad local, junto con la comunidad local, por medio de la comunidad local” (2009, p. 27). Otras definiciones integran la relevancia de la visión ecológica (Rappaport, 1977), y el objetivo de incrementar las posibilidades de adaptación (Sarason, 1973). Sin embargo, todas coinciden en el eje central del rol activo de la comunidad y su participación en todo el proceso de implementación, con el fin de desarrollar las capacidades inherentes a toda estructura social (Montero, 2004).

Las definiciones del concepto de comunidad son tan variadas como el número de autores que la trabajan. Se han encontrado hasta 1954, existían 94 definiciones del término (Hillery, 1955). Sin embargo, hay tres nociones que todas las definiciones conservan: sentido de pertenencia a partir de nexos comunes, espacio geográfico, e interacción social. Sin embargo, la expansión de las comunidades y la disolución de la característica geográfica ha llevado a la limitación de la interacción social y con ello la formación de redes impersonales o nulificación de las mismas (Lightburn & Sessions, 2015). Es por ello, que si bien el concepto de comunidad es importante, actualmente se miden los beneficios del individuo dentro de una comunidad a partir del concepto antropológico de las redes personales y no de la mera pertenencia a un grupo social (Mitchell, 1969). El desarrollo de estas redes es un proceso activo que debe ser planeado y organizado con el fin de promover el cuidado convenido por la vida en comunidad (Russell, & Edgar, 1998).

2.1. Historia de la psicología comunitaria

La psicología comunitaria nace durante las décadas de los sesentas y setentas como una protesta ante la falta de respuesta de la psicología social y clínica en dar solución a las necesidades de las comunidades, por medio de una práctica aplicada más sensible a las necesidades particulares de cada grupo (Bender, 1981). El desarrollo de esta rama de la

psicología se desarrolló de modo paralelo en norteamérica y en américa latina, teniendo diferentes puntos de partida.

América Latina. De acuerdo con Montero (1984, 2004), en el caso de América Latina, fue ya desde la década de los cincuentas que se comenzaron a dar pie a proyectos comunitarios con características convergentes a aquellas presentadas décadas después de modo formal como psicología comunitaria. Basado en una concientización de las necesidades de los países latinoamericanos, y a partir de una filosofía democratizante, en donde la sociología se enfocó a las sociedades marginadas, particularmente en el movimiento de la década de los sesentas conocida como la teología de la liberación es que nace esta corriente. Ésta, basada en corrientes marxistas buscaba dar respuesta a los problemas sociales y las experiencias de las comunidades marginadas.

De acuerdo con Montero (2004), la visión separatista entre la realidad social estudiada y la posibilidad de acción crearon una discordancia a los estudios teóricos en la búsqueda de dar respuesta a los problemas sociales a los que se enfrentaba el subdesarrollo de América Latina. Al mismo tiempo, existía una disconformidad con los modelos experimentales que carecían de generalizabilidad al poseer una rigurosa manipulación de las variables de investigación, eliminando la subjetividad de los actores sociales, dando pie a la revisión de modelos experimentales cualitativos y los modelos fenomenológicos que retornaran la voz a los actores comunitarios y promoviera la participación activa de los mismos en el desarrollo de proyectos, la implementación y el análisis de los mismos.

A demás, el fundamento de este modelo surgió como reacción crítica en contra de los modelos tradicionalistas importados que buscaban dar respuesta a muchos a partir de lass realidades de unos cuantos, haciendo un análisis de la incapacidad que éstos tenían en resolver las problemáticas reales a las que se enfrentaba el contexto latinoamericano y la necesidad de integrar los procesos de denigración y diagnóstico que mantienen las estructuras de poder y situaciones problemáticas (Montero, 1982). Esto dio lugar a un modelo de atención contextualizado que no estuviera basado en las debilidades, sino en los recursos que fomentaran el desarrollo de los individuos y las comunidades en las que éstos se desenvuelven, al tiempo que se consideraban capaces de modificar su realidad (Montero, 1984).

Es de esta manera, que a finales de los años setentas se crea ya una metodología de acción sistematizada, y que ya en esta misma década se crea el primer programa de posgrado en Psicología Comunitaria en Puerto Rico (Serrano-García, López, & Rivera-Medina, 1992).

Norteamérica. A diferencia de la corriente latinoamericana, el origen de la psicología comunitaria en Estados Unidos tiene un punto definido en tiempo y espacio: Fue en Mayo del año 1965 en Boston durante la conferencia de Swampscott bajo la administración de John F. Kennedy (Bennett, Anderson, Cooper, Hassol, Klein, & Rosenblum, 1966). Bajo un contexto de la postguerra, civil y la segunda guerra mundial, los movimientos de los derechos civiles, el aumento en la migración global y de las posibilidades de vinculación intercultural (Mankowski, Galvez, & Glas, 2011), este idealismo se encontraba enfrentado a la tendencia nacional de la segregación continua, a problemas mentales y violaciones a los derechos humanos esta reunión, llamada de modo particular Conference on Education for Psychologists for Community Mental Health buscaba desarrollar un modelo que pudiera dar respuesta a las necesidades de la comunidad bajo una visión que incrementara el poder a la comunidad y disminuyera el ejercido por las instituciones hasta ese momento. Uno de sus ponentes principales Newbrough fue quien propuso la creación de una nueva corriente enteramente (Newbrough, 1973).

A diferencia de la rama de América Latina que basó el origen de la psicología comunitaria en la psicología social y la sociología, en este contexto, la psicología comunitaria tuvo su origen desde la psicología clínica y la incapacidad que mostraba ésta en dar respuesta a las crecientes demandas en atención en salud mental (Asun, 2011). De acuerdo al mismo autor esto dio pie a la creación de un modelo eficiente y mayoritariamente preventivo de salud y orientada al bienestar por medio de la creación de redes de atención inmersos dentro de la comunidad, que integraran ya a individuos de la misma comunidad para su estudio, consultoría, atención y evaluación de programas (2011).

Fue a partir de este momento que se fijaron las características de esta disciplina, surge la División 27 de la American Psychological Association enfocada en esta rama de la psicología, y se crean diversas publicaciones indexadas para la difusión del conocimiento a través de publicaciones (Montero, 1994).

2.2. Supuestos básicos de la psicología comunitaria

La psicología comunitaria tiene un carácter autogestivo. El objetivo de la psicología comunitaria es que la comunidad mantenga el poder y el control sobre el proceso que le afecta y

los medios por los que se llevará a cabo el cambio (Montero, 2004). Se identifican a los pobladores como merecedores inalienables del derecho de decidir e intervenir en el propio proceso de planeación, acción y evaluación de las acciones necesarias para el desarrollo individual, familiar, vecinal y comunitario (Sanguineti, 1980). De acuerdo con Montero (2004), esto significa que los aspectos introducidos –ideas, proyectos-programas o consideraciones- serán discutidas, analizadas y aceptadas por la comunidad quien se adueñará del proceso de organización y acción comunal. En otras palabras, “el objeto estudiado será al mismo tiempo el objeto estudiante” (Montero, 1982, p. 398)

Se trabaja en la comunidad y ésta es vista como un ente dinámico. Basada en los principios ecológicos propuestos por Kelly y sus colaboradores (Trickett, Kelly & Todd, 1972), esta disciplina colabora con los individuos de la comunidad a partir de una conceptualización de los mismos como seres activos, dinámicos con capacidad de construir y transformar su realidad (Montero, 1982). Al mismo tiempo, como menciona la misma autora, se entiende a una comunidad como un ente en movimiento, capaz de modificarse desde sus diferentes sistemas: al individuo mismo, a la relación entre éste y el grupo, entre éste último y la sociedad y el mismo hábitat en el que se desenvuelven, logrando así una transformación social a partir de una interrelación entre los movimientos personales y los del sistema mayor en el que éste se desenvuelve capaz de ser medida a nivel cuantitativo y cualitativo (1982). La organización comunitaria puede tener tres diferentes objetivos: planeación y organización política, desarrollo de capacidades locales y abogacía social (Rothman, 2008), o desde otros autores, se pueden especificar desde los niveles de: organización vecinal/comunitaria, organización de comunidades funcionales, desarrollo sustentable, económico y social comunitario, desarrollo de programas y vinculación comunitaria, planeación, vinculación y acción social y política y movimientos para el cambio radical (Gamble & Weil, 2010).

La psicología comunitaria busca un cambio social y político. El trabajo de la psicología comunitaria tiene un fundamento político y de cambio social, pretendiendo a partir de la formación de ciudadanía la reestructurar el sistema social de la comunidad (Montero, 2004). Esto se da en primer lugar a partir el proceso concientizador que lleva a la identificación de necesidades, revelación de sus recursos e incremento del interés comunitario que lleva a la participación y la acción (Gomez del Campo, 1994). Lo anterior se irá forjando, de acuerdo a este proceso de socialización y toma de un postura cívica activa, a través de la movilización de los

miembros clave de un grupo y en colaboración con un agente de cambio con el fin de hacer frente y modificar problemas sociales tanto desde una dimensión real como desde las mismas relaciones en las que se presentan estos dinamismos (Montero, 1984). Para esto, se debe estudiar los factores psicosociales que dan pie a los niveles de control y poder que se pueden ejercer dentro de una estructura social, con el fin de lograr cambios en los problemas que les suceden a partir de la acción transformadora de la misma comunidad acompañada por un agente de cambio, el psicólogo comunitario (Hammond, 2013).

Para lograr los objetivos anteriores, un aspecto fundamental de esta rama de la psicología es su característica de multidisciplinariedad, apoyándose en ciencias como la psicología social, la antropología, la teoría de grupos, la etnometodología, para auxiliar al análisis de la comunidad desde una visión global (Moch & Barba, 1993). Esto significa una integración de conceptos, formas de entendimiento y metodología de acción (Serrano, Barba, Ahuja & Barreto, 1993)

El objetivo del trabajador comunitario es fungir como agente de cambio. A partir de la definición de Montero (2004), se definen algunos roles, entonces, del psicólogo social que integran: el de ser agentes de cambio que comparten (más no transmiten) su conocimiento desde una visión igualitaria; el ser capaces de detectar los recursos de la comunidad; el buscar la transformación social y no individual, y el tener una visión ecológica. El rol del psicólogo, deberá ser replanteado a partir del contexto e incluyen tareas como identificar las necesidades de la comunidad (Marín, 1980), generar la posibilidad de concientización de la comunidad en cuanto a sus necesidades, promover la toma de control de su propio proceso de autoayuda (Montero, 1982), respaldar sus potencialidades (Marín, 1980), al tiempo que puede fungir como capacitador para ampliar los recursos de la comunidad o como un enlace social interinstitucional e intergubernamental (Moch & Barba, 1993). Sin embargo, el cambio social es especificado desde la misma comunidad, definiendo así a la misma como una comunidad autodeterminante que como tal adquirirá derechos y responsabilidades en su propio proceso transformador (Montero, 1994). La situación satelital del psicólogo, le permite, de acuerdo a Marín (1980), ser capaz de percibir de manera objetiva la realidad en la que se ve temporalmente inmerso, al tiempo que puede deslindarse de los convencionalismos de la comunidad y ganar a su vez credibilidad desde su posición de externo.

La psicología comunitaria enfatiza la diversidad y la relatividad cultural. La psicología comunitaria desde sus inicios ha tenido un énfasis en el contexto, la cultura y la

diversidad (Kral, Ramírez-García, Aber, Masood, Dutta, & Todd, 2011). Entendiendo cultura como la visión compartida de significados y experiencias para entender la vida (O'Donnell, 2006, p. 2). La intersubjetividad, entonces, se relaciona con el sentido de comunidad al dar un significado compartido y favorecer la comunicación, incrementando con esto el sentido de pertenencia a la misma (Fisher, Sonn, & Bishop, 2002).

El desarrollo y la visión de la psicología comunitaria se ha comparado incluso con aquél de la psicología transcultural en cuanto a su nacimiento en movimientos sociales que retaban una visión individualista de la psicología, el énfasis en el contexto para el funcionamiento del ser humano, el rol de la diversidad en la psicología, la metodología de trabajo basado en la acción y en métodos cualitativos (Mankowski, Galvez, & Glass, 2011). Sin embargo, rara vez se integran de modo explícito ambas disciplinas (O'Donnell & Tharp, 2012).

Si se conoce que uno de los objetivos ha sido el poder vincular a las poblaciones de trabajadores que vienen de antecedentes culturales diversos: el psicólogo comunitario y la comunidad con la que se trabaja (Okazaki & Saw, 2011), así como la interinfluencia que tiene el individuo con su medio, se entiende la centralidad de considerar la cultura. Más aún, las intervenciones que no están basadas en un marco cultural no recibirán aprobación o seguimiento por la comunidad o los personajes clave que aseguran su desarrollo o mantenimiento (Keith, Verdeli, & Voursora, 2011; Noel, Rost, & Gromer, 2013).

De acuerdo con Hays (2008), las variables culturales que se encuentran mayormente vinculadas con la conducta y que son dignas de ser consideradas son: la edad y la influencia generacional, el género, la religión y la espiritualidad, el estrato socioeconómico, la etnicidad, discapacidades adquiridas o del desarrollo, la orientación sexual, la herencia indígena, y el origen nacional.

El marco cultural propuesto por Okazaki & Saw (2011), considera cuatro pasos que deben ser seguidos en todo trabajo comunitario: el primero, una toma de consciencia personal que incluya un análisis individual de cada uno de los miembros del equipo de psicólogos comunitarios frente a la cultura con la que estará trabajando, en segundo, una evaluación de la cultura comunitaria, en donde se analice el efecto que las diversas variables culturales tienen en la comunidad con la que se estará trabajando, así como la calidad de las relaciones interculturales previas que ha tenido este grupo con otros grupos culturales. En tercer lugar, una participación comunitaria con una visión cultural, que incluye una mirada a las relaciones de trabajo con

cuidado particular de no recrear relaciones de poder que espejeen conflictos históricos, al tiempo que se desarrolla un proyecto colaborativo de entendimiento mutuo. Por último, un proyecto colaborativo cultural, en el que se rastarán los cambios en las relaciones y redes dentro y fuera de la comunidad.

La psicología comunitaria tiene una visión ecológica. Desde este modelo, ve más allá del individuo, para entender la influencia que tiene su contexto (Canning, 2011). Desde esta visión, la conducta individual tiene su origen desde el ambiente, el contexto, el momento histórico y variables socio-culturales que influyen su aparición, al tiempo que el individuo mismo tiene una inter-influencia en los diferentes niveles sistémicos (Asún, 2011). Dicho de otra manera “el contexto es el producto de la actividad humana. Son los repositorios de las actividades psicológicas previas, y aportan actividad psicológica” (Markus & Hamedani, 2007, p. 6).

Esta característica de interdependencia es quizá el eje central del modelo ecológico (Kelly, Ryan, Altman, & Stelzner, 2000) y se refiere a que el cambio o la modificación de uno de los niveles influirá en el resto de los niveles y en la manera de relacionarse entre ellos a través del tiempo (Kelly, et al., 2000). A partir de esta idea, y complementado por Rapaport (1977), existen diferentes niveles de organización dentro de una comunidad que se va haciendo poco a poco más complejo. Sin embargo, el carácter interdependiente del modelo asume que la intervención en un nivel tendrá consecuencias sobre el resto de los niveles. De acuerdo a Gómez del Campo (1994), se pueden definir siete niveles de acción: 1) nivel individual, 2) nivel de pareja y familia, 3) nivel grupal, 4) nivel organizacional, 5) nivel institucional, 6) nivel comunitario y 7) nivel social.

Otra característica del modelo ecológico, es que considera que existe un principio de adaptación; es decir, que el individuo modificará su conducta con base en los recursos disponibles del medio en el que se encuentre, procurando responder a las demandas cambiantes del ambiente en el que se desenvuelve (Kelly, et al., 2000). Desde este punto de vista, no será entonces la conducta, sino la función de la misma dentro de un entorno, lo que distinga la adecuación de la misma con base en su nivel de adaptabilidad (Canning, 2011; Gomez del Campo, 1994). Los individuos dentro de una comunidad procurarán adaptarse a los estresores sociales que variarán en el tiempo y de contexto a contexto; sin embargo, si el número de estresores (determinantes sociales de salud) supera a los recursos, entonces se da la enfermedad (Elias, 1987).

El principio de sucesión dentro de la comunidad implica la dimensión dinámica de una comunidad; es decir, su constante transformación como respuesta a la adaptación y búsqueda de homeostasis frente a los constantes cambios (Gomez del Campo, 1994). Esto significa que toda intervención comunitaria debe tener vislumbrar un análisis longitudinal en el que la variable temporal sea fundamental para anticipar la magnitud y la potencial dirección de los cambios, así como el entendimiento de un grupo social (Rappaport, 1977).

Por último, el principio de los recursos cíclicos dentro del fundamento ecológico sostiene que todos los elementos físicos y humanos dentro de un sistema pueden ser utilizados y reutilizados con fines de optimizar su energía, ya que su organización actual está basada en reglas formales e informales que puede variarse y provocar beneficios –o perjuicios- en los diferentes sistemas en los que ese elemento se desenvuelve (Asún, 2011; Gómez del Campo, 1994).

La psicología comunitaria tiene una metodología empírica: Investigación Acción Participativa (IAP). En 1959 Fasl Borda, con base en los estudios del sociólogo Kurt Lewin, propuso el método de investigación acción o Investigación Acción Participativa (IAP), que sostiene un nexo entre teoría y práctica para el desarrollo de ciencia en psicología comunitaria, desde una metodología constructivista (Dalton, Elias & Wandersman, 2001) y en contra del modelo positivista (Serrano-García & Alvarez, 1992).

La psicología comunitaria tiene un fuerte interés en la investigación vinculada a una acción encaminada a la justicia social y promoción de la politización, el cambio y la autogestión (Canning, 2011; Montero, 1994). Dicho de otra forma, el objetivo trasciende al conocimiento, hacia la consolidación de un modelo basado en la justicia (Wolterstorff, 1987). De esta manera, se consiguen dos metas: de producción de conocimiento y transformación social (Montero, 2004). Esta metodología se sustenta a partir del uso de métodos cualitativos y cuantitativos en el análisis de los resultados, mismos que no se analizan a posteriori, sino que se van desarrollando y modificando conforme avanza el proyecto colaborativo, al igual que el plan de acción (Montero, 1994; Serrano-García, 1990). Asimismo, se identifican dos características de este modelo de trabajo: ser recursivo y *serendipity* (fortuito), el primero, se refiere a la posibilidad de elaborar la propuesta de trabajo conforme se va participando y conociendo más el carácter complejo de los fenómenos comunitarios; el segundo, la cualidad de ir agregando descubrimientos imprevistos conforme avanza el proceso de IAP (Bisquerra, 1989).

Esta metodología es dialógica, lo que significa que la comunidad puede y debe tener roles en todas las fases de la intervención, desde ser informantes clave para la identificación de necesidades y sus recursos, los modelos de intervención aceptable y la modificación de los mismos, así como la intervención y la evaluación de la misma desde los indicadores planteados por el la misma comunidad, al tiempo que el profesional tiene una función colaborativa, de abogacía y de consultoría (Canning, 2011; Montero, 1994; Morí-Sánchez, 2008).

La psicología comunitaria tiene un énfasis preventivo y de promoción basado en los recursos y no en las disfunciones. La psicología comunitaria ha dado un énfasis en la prevención desde los niveles primario, secundario y terciario (Canning, 2011). La prevención primaria, que se define como el trabajo que se enfoca en reducir la incidencia de trastornos o situaciones de incapacidad en una comunidad (Albee, 1982). Por lo mismo, una de las herramientas clave en los modelos comunitarios es la educación y la capacitación (Gómez del Campo, 1994). El mismo autor continúa detallando que la prevención secundaria, que toma lugar cuando la situación problemática ya existe tiene como objetivo disminuir el periodo del problema o la incidencia del mismo, por medio de herramientas como detección temprana, trabajo con individuos vulnerables, así como educación . Por último, la prevención terciaria se enfoca a problemas que ya están permeando al individuo y a la población, procurando disminuir sus efectos nocivos a nivel individual y grupal (Gómez del Campo, 1994).

De la misma manera, el enfoque comunitario se basa en nociones de bienestar, salud y crecimiento, más que el enfoque de limitaciones y patologías, poniendo especial énfasis desde una visión humanista en la capacidad del individuo de trabajar por su propio beneficio y el de sus personas cercanas (Gómez del Campo, 1994). De esta forma, habilidades como la capacidad e liderazgo, formación de redes y autogestión son enfatizadas (Dalton, Elias & Wandersman, 2001).

Este énfasis en los recursos de comunidades comúnmente marginalizadas, rompe con los esquemas tradicionales otorgados por la sociedad mayor que los mantiene en posiciones de ostracismo o rezago social (Canning, 2011).

La psicología comunitaria pretende la desprofesionalización de la acción. De la mano con el carácter autogestivo de la psicología comunitaria, ésta procura el uso de los recursos comunitario como medio fundamental de la toma de acción. También llamados paraprofesionales o promotores comunitarios, el término se utiliza para referirse a personas que sin un

entrenamiento académico profesionalizante, cubren el papel de un profesional en los servicios de acción social (Gómez del Campo, 1993). Como menciona Gómez del Campo, la psicología comunitaria es desprofesionalizante (1994, p. 51), buscando que la comunidad en esta capacidad de asumir responsabilidad y de retomar el poder para hacer frente a sus necesidades, pueda ser autogestiva. De acuerdo al mismo autor, este movimiento desprofesionalizante, pretende capacitar a personas sin un entrenamiento académico formal con cuatro objetivos principales: 1. Dar respuesta a las necesidades de la comunidad; 2. Definir y monitorear formas adecuadas de trabajo con la comunidad, 3. Desde una perspectiva del modelo ecológico, recuperar los recursos existentes pero subutilizados de la comunidad (Montero, 2004), y 4. Romper las líneas jerárquicas entre el profesional y los usuarios de servicios.

2.3. Promotores comunitarios de Salud Mental.

El uso de promotores comunitarios de Salud mental comunitarios comenzó en la década de los setentas con el fin de satisfacer las necesidades de las comunidades que se encontraban fuera del alcance de los profesionales (Gómez del Campo, 1993). En el área de Salud, su uso se ha incrementado frente a la creciente demanda de servicios de Salud Mental y el progresivo institucionalismo de los estados en las asignaciones presupuestales para los servicios de salud en general y salud mental en particular (Silverman, 2002). Por decir, una tercera parte de los países en vías de desarrollo no tienen un presupuesto destinado a los servicios de salud mental, y para aquellos que sí, 36.3% invierten menos de un 1% de su presupuesto anual en servicios de salud mental (OMS, 2001, 2003, 2005). Es por esto, que en el año de 1983, la OMS propuso por primera vez las 10 propuestas para disminuir los problemas de salud mental en las comunidades de los países en desarrollo (OMS, 2003; Patel, comunicación personal). Las recomendaciones incluyen: 1) proveer servicios de salud mental en cuidados primarios, 2) hacer la medicación costeable, 3) brindar servicios a nivel comunitario, 4) promover educación sanitaria, 5) involucrar a las comunidades, las familias y los pacientes, 6) establecer vínculos con otros sectores comunitarios, 7) diseñar políticas, programas y legislación a nivel nacional, 8) desarrollar recursos humanos, 9) evaluar la salud mental comunitaria y 10) apoyar la investigación en salud mental.

En particular, se postula la necesidad de eficientar los sistemas de salud de las naciones de modo que se disminuyan los rezagos de atención para ciertas poblaciones vulnerables, como aquellas a las que más aqueja la pobreza, el racismo, la discriminación, la desigualdad en

servicios de salud (Fisher & Baum, 2010; Landers, 2011); al tiempo que se involucren a los miembros de la comunidad para satisfacer sus propias necesidades de salud en una relación de confianza y respeto entre las instituciones y las comunidades (Balcazar, Rosenthal, Brownstein, et al., 2011).

Hasta ahora, los roles que han cubierto los facilitadores de salud (promotores comunitarios de salud, líderes comunitarios, voluntarios comunitarios, trabajadores comunitarios, para-profesionales, términos que se suelen usar intercambiabilmente) son de compromiso y participación en la administración comunitaria y promoción de salud, de vinculación entre los sistemas de salud y la comunidad, de atención en las comunidades a problemas de salud comunitarios por medio de cuidados coordinados en, monitoreo de salud y de apego al tratamiento en visitas a casas; o dando educación y coaching grupal e individual como administradores de caso (Becker, Crivelli- Kovach, & Gronseth, 2004; Findley, Matos, Hicks, Campbell, Moore, & Diaz, 2012), haciendo contribuciones substanciales tanto a nivel preventivo como a nivel de cuidados terciarios y paliativos (Jack, Kirton, Birakutaki, & Merriman, 2011).

El valor de los facilitadores de salud no solo se basa en sus conocimientos en temas de salud y cuidado, sino que, junto con la investigación etnográfica, su experiencia como miembro de la comunidad que vive experiencias similares (Balcazar, Rosenthal, Brownstein, Rush, Matos, & Hernandez, 2011), así como las sugerencias otorgadas por ellos pueden contribuir de modo significativo al entendimiento de la percepción cultural y comunitaria del trastorno y de dimensiones como el apoyo social, el sentimiento de soledad y la búsqueda de ayuda. Este proceso puede ser facilitado al involucrar a miembros de la comunidad que conozcan a la cultura y sus creencias, prácticas y modos de habla (Roselló & Bernal, 1996; Verdelli, et al., 2003) de este modo centrando la propuesta al paciente, a sus familias y a la comunidad a la que se sirven más que al modelo teórico o al profesional como centro del paradigma de cuidado (Balcazar, et al., 2011). Como afirma Landers (2012), el facilitador de salud comunitario “representa la intersección entre riesgo y resiliencia, institución y comunidad, y entre investigación y práctica” (p. 2198).

Igualmente, Salgado de-Sneider y colaboradores (2003), sugieren que los miembros de la comunidad desde el individuo particular hasta la institución de salud mental mantienen canales abiertos de comunicación donde se de voz a los beneficiarios y se le eduque en salud mental. Una relación cercana con la comunidad por medio de sus líderes comunitarios; es decir, sus mismos

sanadores, líderes sociales y miembros del clero resulta crucial para la identificación y remisión de los pacientes con sintomatología depresiva desde un momento temprano de su desarrollo (Bashir, Blizard, Bosanquet, Bosanquet, Mann, & Jenkins, 2000; Salgado de- Sneider, 2003), integrando en la propuesta una inclusión a los determinantes sociales de salud, incluido el estigma de la enfermedad mental, para la promoción de la salud mental (Balcazar, et al., 2011).

El involucramiento de los líderes comunitarios se vuelve particularmente valioso ya que extienden el potencial de trabajo del profesional de salud mental por medio de una capacitación y supervisión del trabajo clínico encaminado a dirigir grupos interpersonales de un modo culturalmente congruente al haber obtenido previamente la credibilidad y confianza de las personas en estas áreas (Patel, Septiembre 2012). Vikram Patel: Salud mental para todos involucrando a todos [Video file]. Recuperado el 10 de Marzo 2014 de http://www.ted.com/talks/vikram_patel_mental_health_for_all_by_involving_all. El

involucramiento de estos líderes comunitarios se extiende a la propuesta, desarrollo y evaluación del proyecto, involucrando los recursos comunitarios y a los mismos líderes, quienes además han obtenido previamente la credibilidad y confianza de las personas en su comunidad haciéndola más natural y creando un ambiente seguro en el proceso de recibir ayuda (Hatzidimitriaou, 2002).

Por último, una función básica del uso de promotores comunitarios de salud o para-profesionales es el disolver la creencia de la falta de capacidad del individuo viviendo en situaciones de marginación para poder resolver sus propios problemas y los de su grupo, empoderándolo no sólo a él, sino a la comunidad en la que se desenvuelve (Gómez del Campo, 1993, p. 336).

Algunas técnicas empleadas en otros proyectos para encontrar a estos líderes comunitarios que fungen como facilitadores de salud han sido la utilización de recursos como la identificación de boca en boca o la distribución de panfletos, como se hizo en Pakistán (Sabir, et al., 2003); enrolar a los facilitadores de salud como hicieron Araya y colaboradores en Chile (2003); o implicando a empleados educados a nivel universitario de organizaciones no gubernamentales que sean capaces de trabajar en el proyecto durante el proyecto, como hicieron Bolton y colaboradores (2003) en el ensayo de Uganda.

Una vez identificados y de modo consistente con el modelo de salud mental comunitario, se propone entonces el entrenamiento a promotores comunitarios de la salud en el modelo de orientación interpersonal y su impartición a nivel grupal para que pueda hacer eficientes los

costos en salud mental a la mayor parte de las personas que tienen poco acceso a profesionales de salud mental (Patel, et al., 2004). Esta idea es afín a aquella de organizaciones como World Vision International, Organización Mundial de la Salud (Kahssay, Taylor, & Berman, 1998), Naciones Unidas y la Escuela de Salud pública de Harvard (Abas, Baingana, Broadhead, Lacoconi & Vanderpyl, 2003). En particular, la TIP se considera una terapia sencilla y amigable para su entrenamiento (Markowitz, 2003). Para ilustrar, en el proyecto de Uganda (Verdeli, et al., 2003) luego de una identificación de los líderes comunitarios, estos asistieron en la adaptación del modelo TIP al contexto local al tiempo que se entrenaron en el modelo con el fin de dirigir los grupos interpersonales. Los conocimientos clínicos teórico-prácticos adquiridos, así como su previo conocimiento de la comunidad, sus costumbres y tradiciones hicieron posible un trabajo culturalmente congruente con las necesidades de la población ugandesa.

Los grupos de ayuda mutuo, o dirigidos por personal no profesional en salud mental han tenido resultados prometedores, entre ellos el incrementar niveles de empoderamiento (Becker, Crivelli- Kovach, & Gronseth, 2004; Brownstein, 2008), mejorar la calidad de las relaciones sociales (Sue, Sue & Sue, 1994), fomentar un sentimiento de empatía y dar nuevas y más adaptativas estrategias de afrontamiento (Balcazar, et al., 2011; Kurtz, 1997; Rappaport, Seidman, Toro, McFadden, Reischl, Roberts, Salem, Stein, & Zimmerman, 1985).

Algunos ejemplos de estas investigaciones incluyen la de Sabir, Rahbar, Naeem, Gul, Mubeen, & Iqbal (2003), quienes evaluaron la efectividad de una orientación para ansiedad y depresión impartida por mujeres mínimamente entrenadas en una comunidad en Pakistán. Los autores argumentaban, en primer lugar que la orientación era más factible que la psicoterapia y los medicamentos antidepresivos. En segundo lugar, que si estos consejeros eran parte de la misma comunidad, estarían de manera más accesible y tendrían un contacto más frecuente, así como un cuidado continuo para aquellos que estuvieran viviendo situaciones de estrés. Con estas hipótesis trabajaron con 21 mujeres de la comunidad a quienes eligieron basados en sus habilidades de comunicación, motivación, actitud y aptitud para leer y escribir el lenguaje nativo así como libertad para moverse en el área. Fueron entrenadas durante once sesiones por terapeutas sistémicos, sociólogos, psicólogos y psiquiatras. El entrenamiento incluía temas como ansiedad, depresión y manejo del enojo; habilidades de comunicación, escucha activa y retroalimentación y habilidades de consejería como apoyo en solución de problemas y técnicas cognitivo conductuales. Luego de un periodo de ocho semanas, los autores concluyeron que las

mujeres que habían sido entrenadas como orientadoras fueron exitosas en el manejo de la depresión y la ansiedad, reduciendo de manera significativa los índices de depresión y ansiedad en los participantes del grupo experimental en comparación con aquellos en el grupo control.

Otro ejemplo fue el uso de voluntarios comunitarios en el desarrollo del proyecto para depresión de Uganda (Verdeli, et al., 2003), en donde los investigadores encontraron que en el caso del duelo como área de trabajo era particularmente relevante en Uganda, dados los altos índices de SIDA en la comunidad. Usaron por ende las experiencias personales de pérdida y duelo en los facilitadores para hablar de los sentimientos asociados a éstas así como los rituales relacionados. Por último, el área de trabajo de déficits interpersonales se consideró poco relevante para esta comunidad. el artículo presentado por Verdeli y sus colaboradores (2003) es altamente instructivo de la manera en la que enfrentaron y resolvieron algunos de los problemas relacionados con la adaptación del Manual Interpersonal así como los pasos a seguir en el entrenamiento de estos facilitadores de salud mental en una cultura contrastante.

Sin embargo, de acuerdo Srinivasa (1998) un aspecto fundamental para los promotores comunitarios de salud mental es la supervisión, misma que idealmente es impartida al menos una vez al mes para mantener un status activo. Al respecto, Abas, Baingana, Broadhead, Lacoconi & Vanderpyl (2003) advierten que a falta de supervisión, estos facilitadores de salud mental pueden desarrollar síndrome de agotamiento emocional debido a las demandas y dificultades económicas y sociales que pudieran exceder su nivel de competencia y su capacidad de consejo, dejándolos con un sentimiento de estar abrumados y de impotencia.

Sería relevante tomar en cuenta que las características y competencias deseadas para los promotores comunitarios de salud pueden significar un mejor manejo del paciente. Estas han sido enumeradas previamente por Findley y colaboradores (Findley, Matos, Hicks, et al., 2012) a partir de un ranqueo realizado por empleadores en la ciudad de Nueva York, recuperando las siguientes habilidades fundamentales: habilidades interpersonales, competencia multicultural, habilidades de abogacía, facilitación grupal, intercambio de información. Para aquellos dedicados a consejería, manejo de casos: planeación y desarrollo de objetivos, manejo del tiempo, visita a casa y procedimientos de seguridad, evaluación ambiental, observación y escucha; para aquellos dedicados a educación en salud o promoción de la salud: conocimientos específicos del tema específico de salud, apoyo en control de enfermedades crónicas, métodos de aprendizaje adulta, modelaje de cambios conductuales; métodos de investigación participativa; finalmente para los

facilitadores en salud mental dedicados a navegación del paciente es importante dominar las habilidades de interpretación y traducción, habilidades de computación y acceso a la información (Findley, et al., 2012, p. 1985).

Por otra parte, desde la perspectiva del promotor de salud, el rol como trabajador comunitario voluntario se ha visto asociado a un impacto positivo en su vida personal (Becker, Crivelli- Kovach, & Gronseth, 2004). Por ejemplo, ganando un status social al ser percibido como asesor en cuestiones de salud, adquiriendo credibilidad en su comunidad (Jack, Kirton, Birakutaki, & Merriman, 2011); y en el caso de las mujeres, ganando una voz a nivel social que les permite buscar la equidad de género y fomentar su capacidad de toma de decisiones (Booker, Robinson, Kay, Najera, & Stewart, 1997; Schultz, Israel, Becker, & Hollis, 1997).

2.4. La psicología comunitaria hoy: Algunos avances de intervenciones comunitarias

Desde la conferencia de Swampscott y sus inicios en América Latina, la psicología comunitaria ha crecido y se ha expandido (Fowler & Toro, 2008). De acuerdo a los mismos autores, actualmente no sólo ha crecido el número de personas dedicadas a esta rama, sino que de modo particular, el 16% de sus colaboradores son minorías étnicas (más del doble al listado en el American Psychological Association que es del 6% [APA]); sin embargo, esta cifra no se sostiene en la variable de género, en donde el número de mujeres en la disciplina sigue siendo inferior al número de mujeres afiliadas a la APA (53% vs. 37%), quizá por las características del trabajo. No obstante lo anterior, de modo general, en Estados Unidos únicamente el 33% de los psicólogos enlistados en la Sociedad Americana de Psicología Comunitaria trabajan en escenarios comunitarios únicamente (Solarz, 2000). Estos datos son relevantes, ya que a decir de Fowler y Toro (2008), una de las metas principales de la psicología comunitaria es la inclusión de minorías sociales y representantes de grupos marginados (Rogers & Molina, 2006)

De manera internacional todos los años se han organizado diferentes intervenciones comunitarias que buscan la equidad en cuestiones de salud a niveles sociales, si bien no todas son adecuadamente diseñadas, fondeadas o se les puede dar un seguimiento continuo (Trickett, Beehler, Deutsch, Green, Hawe, McLeroy, et al., 2011) .

2.5. Apoyo social y psicología comunitaria.

Tomado del modelo ecológico, la psicología comunitaria tiene un objetivo relacional, fomentando contextos en los que se fortalezcan los nodos diádicos y un sentido comunitario (Canning, 2011; Neal & Christens, 2014). Partiendo de la definición de psicología comunitaria

de Escobar (1979), la psicología comunitaria se plantea la necesidad de modificar el nivel de control del individuo sobre su medio ambiente. Entendiendo el medio ambiente como el grupo en el que se desenvuelve, la psicología comunitaria trabaja en un nivel relacional individuo-grupo y grupo individuo (Neal and Neal, 2013). La misma intersubjetividad que fomenta este sentido de comunidad, tiene un papel relevante en la formación y mantenimiento de redes interpersonales sobre todo cuando hay actividades compartidas (O'Donnell & Tharp, 2012). Y este vínculo entre los intercambios interpersonales y el sentido de control interno de su ambiente lo que sintetiza a la comunidad con la psicología (Seidman, 1988). Esto ha sido en tal nivel, que incluso se ha propuesto que estas redes personales tienen una función más relevante y merecen mayor atención que la construcción de un sentido de comunidad, desde el constructo antropológico de comunidades imaginarias (Aull-Davies, 1998).

Canning (2011) basado en los estudios de Durkheim, afirma que la raíz de los problemas sociales tiene su origen en el empobrecimiento de las redes de apoyo, por lo tanto, la psicología comunitaria busca fomentar de modo general una mejor habilidad de afrontamiento positivo, mayor capacidad de adaptación y un desarrollo óptimo, así como beneficios en salud de modo particular a partir de la solidificación del apoyo social (p. 190). Es por esto, que desde mediados de los setentas y basados en décadas de investigación el apuntalamiento al apoyo social es una de las principales herramientas para la intervención comunitaria (Gracia- Fuster, 2011).

Fundamentado en investigaciones que comienzan con Durkheim, en 1897 y su estudio elaborado a partir de la revolución industrial y las pérdidas interpersonales subsecuentes a nivel social (anomía), el apoyo social se convirtió en una tendencia de investigación en las décadas de los sesentas y setentas, sobretodo bajo las investigaciones de Cassel (1974) y Cobb (1976) en sus estudios de apoyo social, salud y bienestar. En los mismos, identificaban al apoyo social como factor protector ante las enfermedades psíquicas por medio de la retroalimentación brindada por los grupos primarios frente a desviaciones comportamentales, cognoscitivas y emocionales, y elaboraron en la función que tiene la mera percepción de este apoyo en la capacidad de afrontamiento (Cobb, 1976). Al mismo tiempo Caplan (1974) subrayó la relevancia de este apoyo en los proyectos de psicología social y comunitaria utilizando los mismos recursos existentes en la comunidad y los sistemas de apoyo formales e informales subutilizados en la comunidad (Abril-Chambo, 1997).

Esto se basa en la premisa de que el ser humano es un ser con necesidad de interconexión y vínculos emocionales (Fonagy, 1996), el apoyo social cubre funciones tan relevantes como aquellas que integran la promoción de sentido de cuidado, cariño y preocupación, un sentimiento de valía y estima, y una pertenencia a una red de obligaciones mutuas (Gracia- Fuster, 2011), la cooperación y el sentimiento de comunidad con otros marca la pauta de salud mental y capacidad de adaptación, mientras que lo contrario deriva en sentimientos de alienación, inferioridad y problemas psíquicos (Capelliez & Flynn, 1993). La hipótesis de proceso de estrés define la relación que existe entre los determinantes psicosociales de salud mental y los factores naturales que contribuyen a amortizar el estrés provocado por estos estresores contextuales (Hammen, 2006). Este efecto “buffer” explica que este proceso se da por medio de proveer un sentido de coherencia y un locus de control interno (Turner & Turner, 1999). Asimismo, el apoyo social tiene un rol protector al incrementar el autoestima, el sentido de autoeficacia y la modificación de conductas problemáticas por medio de la retroalimentación de los pares (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000).

Dicho de otro modo, el apoyo social no es únicamente un factor protector para la prevención de problemas físicos por medio de la influencia en conductas de salud, sino también emocionales, al ser una variable mediadora promoviendo por diversas vías, modificaciones cognoscitivas que se relacionan con mayores índices de autoestima, mejor autoconcepto y menores niveles de sintomatología ansiosa, psicósomática y depresiva en aquellas personas que se enfrentan a eventos socio- económicos adversos o a determinantes sociales de salud mental (Acuña & Bruner, 2009). De las interconexiones entre variables mencionadas, es probablemente la auto-eficacia la que se vuelve más relevante en solidificar la capacidad de afrontamiento del individuo frente a estas situaciones de vida altamente estresantes (McAvay, Seeman & Rodin, 1996). Pero la relación parece ser recíproca; es decir, a mayor número de redes sociales mayor sentimiento de autoeficacia, y este sentimiento, en sí también promueve una búsqueda más eficiente de provisiones de apoyo frente a situaciones de crisis (Holahan & Holahan, 1987). Es relevante señalar que al mismo tiempo, y de modo paradójico, condiciones como el hacinamiento, las colonias deterioradas, las demandas psicosociales y económicas y las viviendas deterioradas disminuyen la calidad de los vínculos interpersonales haciendo más difícil aún la capacidad de afrontamiento de los individuos (Berkman, et al, 2000; Gracia-Fuster, 2011).

Desde una perspectiva cualitativa, el apoyo social se refiere a la cantidad de relaciones sociales y los tipos de lazos sociales, de modo contrario, la perspectiva cualitativa estudia la percepción de los recursos, ya que se ha encontrado que algunas relaciones son identificadas como la fuente del conflicto, más allá que el factor de bienestar (Abril-Chambo, 1997); desde el enfoque de redes sociales, el apoyo social se mide a partir de unidades de análisis objetivas y ordenadas que integran la unidad de relaciones entre los miembros de un sistema y las características de los patrones que se distinguen a estos nodos. De acuerdo con Martínez y García (1995), dichas redes cubren dos parámetros: estructurales e interaccionales. Los primeros, que integran características como tamaño, y densidad; y los segundos que incluyen multiplicidad (de funciones), reciprocidad, variables temporales, de frecuencia y geográficas y homogeneidad entre los miembros.

A demás, desde una perspectiva funcionalista el análisis del apoyo social es complejo dado que involucra diversas dimensiones (Ajrouch, Reisine, Lim, Sohn, & Ismail, 2010; Lara, Navarro & Navarrete, 2004). Cutrona y Russell (1987) evalúan 6 distintas *provisiones* percibidas por el individuo, que integran guía (consejo o información), alianza de confianza (seguridad de que se puede contar con otros en momentos de estrés), confirmación de valía (reconocimiento de la competencia personal) o valoración (Tardy, 1985), vinculación (cercanía emocional), integración social (un sentido de pertenencia a un grupo de amigos), oportunidad de cuidado (proveer apoyo a otros). Mientras que otros lo clasifican en apoyo instrumental y el apoyo emocional, siendo el primero aquellos objetos tangibles que puede ofrecer la red de apoyo al individuo y el segundo el vínculo emocional y la capacidad de escucha que se ofrece en momentos significativos de vida (Arjouch et al., 2010). Broadhed, Gehlbach, Degruy & Kaplan (1989) expanden estas dimensiones para añadir el apoyo informativo, que consiste en consejo o información acerca de un tema.

Weiss (1974) propone que diferentes tipos de relaciones pueden proveer diferentes tipos de recursos sociales y que dado que no todos los vínculos proporcionan apoyo (Berkman et al., 2000), las deficiencias en cada una de ellas deviene en distintos estilos de distrés. Por ejemplo, los latinos tienden a la búsqueda de apoyo psicológico cuando no se percibe este apoyo familiar (Miville y Constantine, 2006 en Koydemir-Özden, 2010). Por su parte, los hombres tienen una percepción menos positiva de la búsqueda de apoyo social y profesional, eligiendo estilos de afrontamiento de tipo evitativo (Koydemir-Özden, 2010). Lo anterior supondría una

vulnerabilidad de género ante las situaciones estresantes, así como una barrera para las instituciones comunitarias en su proceso de detección de personas en riesgo de desarrollar trastornos como depresión y ansiedad; atención psicológica y prevención.

De modo particular, el mexicano desde una cultura colectivista pone especial énfasis en el medio social y sus relaciones (Comas-Díaz, 2006), dando mayor énfasis y una visión positiva ante el apoyo social (Green & Rodgers, 2001). Más aún, a partir de la propuesta de Palomar y Cienfuegos (2007) se sugiere que las personas en un estrato socioeconómico en desventaja antes de recurrir a sus familiares y parejas, requieren de grupos amplios, dispersos y heterogéneos dentro de la comunidad y las instituciones comunitarias para que exista reciprocidad; es decir, abrir la posibilidad de dar y recibir apoyo desde los recursos que se poseen, promoviendo asimismo una movilidad social ascendente (p. 178).

Consistente con el marco ecológico-comunitario entonces, el trabajar en la solidificación del apoyo social presupone el uso de los recursos existentes en la comunidad, al tiempo que se pueden abordar los problemas sociales desde la visión comunitaria (Abril-Chambo, 1997; Neal & Christens, 2014). De acuerdo a Gracia-Fuster (2011), las aplicaciones prácticas de esta variable en programas comunitarios han sido varias; sin embargo, comparten un objetivo general que es el incrementar las redes informales de apoyo de modo que se puedan satisfacer las necesidades del individuo en situaciones ordinarias y de crisis situacionales o de transiciones de vida. Un ejemplo de éstas ha sido la formación de grupos de apoyo, en donde un grupo de personas con características homogéneas (por edad, ciclo vital, trastorno, situación de vida) se reúne acompañado de un profesional o para profesional con el fin de promover el intercambio de comunicación, estrategias de afrontamiento efectivas y compartir información con carga teórica y afectiva basadas en confianza (Helgeson & Gotlieb, 2000; Jason, Light, Stevens & Beers, 2014). Esto no sólo facilita la formación de redes de apoyo, sino que tiene una función de un sentido de pertenencia comunitario, normalizadora o de universalidad, de modelamiento mutuo y de reforzamiento del sentido de autoeficacia por medio del incremento de un sentido de control personal y autoestima (Gracia-Fuster, 2011).

Uso de las redes sociales en psicología comunitaria: Modelo de Epistemología de la Complejidad (ECO²). Milanese (2006) y Machín (2010), sostienen que el modelo ECO² viene de la unión de las siglas de dos de sus raíces: Epistemología de la complejidad (ECO), Ética y Comunitaria (ECO); por lo tanto ECO². Asimismo, el prefijo Eco, es consistente con el referente

ecológico que maneja el modelo de Psicología Comunitaria. De acuerdo a los mismos autores, es complejo, ya que involucra la articulación de diferentes niveles de análisis (el antropológico, el sociológico, el psicológico, el psicoanalítico, el médico, económico y biológico) para entender la realidad; y ética debido a que el trabajo comunitario está focalizado en la búsqueda de la justicia social disminuyendo los niveles de exclusión a partir de enfatizar la dignidad de la persona (2010). Basado en la importancia de las redes sociales en los procesos de salud y bienestar, de la necesidad natural de dependencia y seguridad en el otro, este modelo busca trabajar a partir de estas relaciones desde el nivel diagnóstico, hasta el desarrollo de una intervención cuya meta principal será el fortalecimiento y complejización de las redes interpersonales de los sujetos, principalmente aquellos en situación de exclusión.

De modo particular, este modelo basado empíricamente en la IAP busca prevenir en niveles primario, secundario y terciario situaciones de marginalización social por medio del seguimiento de los siguientes elementos: 1. Un diagnóstico de la comunidad, 2. Un diagnóstico de la persona, 3. Una red subjetiva comunitaria, 4. Una red operativa y 5. Una red de recursos comunitarios (Machin, 2010). Así, el objetivo no será incidir sobre los sujetos en situación de exclusión social, sino sobre las características estructurales de la red (homogeneidad, superación de huecos estructurales (falta de redes), por medio de estrategias como el *bonding* y el *bridging*, para incrementar los vínculos con la red mayor con la que comparten territorio y con esto las posibilidades de obtener recursos derivados del apoyo social (Machín, Merlo & Milanese, 2009).

2.6. Medición de efectividad en las intervenciones comunitarias.

En psicología comunitaria, la evaluación se ha definido como una manera de recopilar la información relevante del medio social (retroalimentación) para poder realizar un juicio acerca del valor y alcances de un programa con base en lo objetivos planteados inicialmente (Arnold, 1966). La evaluación cubre al menos tres propósitos: valorar la capacidad de alcanzar los objetivos, analizar maneras en las que se pueda mejorar el programa, encontrar razones para el éxito o el fracaso del mismo, dar luz a información acerca de modos en los que se pueden alcanzar los objetivos de un modo alterno, y aumentar el conocimiento de los fenómenos siendo estudiados (Blenker, 1950).

Si bien en los modelos tradicionales de investigación en ciencias sociales, la tarea de evaluación recae en el investigador, en el caso de la psicología comunitaria el método tiene un carácter abierto y dialógico que incluye la participación de la pluralidad de los actores sociales

desde sus inicios hasta su evaluación (Montero, 2004). Esto puede incluir a todos los *stakeholders* (Weiss, 1984) o personas afectadas por los programas. Ubillos y Molero (2011), enlistan a: los legisladores, los políticos que ponen en marcha el programa, los encargados de dirigir el programa, los directores de los centros comunitarios, los profesionales que llevan a cabo el programa, los usuarios, los allegados y familiares, los potenciales usuarios y la población en general.

Con base en la metodología utilizada se puede clasificar la evaluación de los programas comunitarios en tres distinciones: evaluación por medio de método cuantitativo, cualitativo o mixto. Consistente con el modelo de IAP, así como el uso de las técnicas cualitativas como la observación, la entrevista y los métodos autobiográficos, la psicología comunitaria opta en su mayoría por una ruptura a los métodos cuantitativos por adherirse a un diseño cualitativo predominantemente (Montero, 2004); sin embargo, esta autora sostiene que no se excluye la posibilidad de integrar una metodología mixta que integre el uso de encuestas, escalas e inventarios para medir diferentes aspectos del mismo fenómeno (2004).

Con base en el tiempo de aplicación existen tres diferentes categorías de evaluación que son complementarias en un modelo de intervención comunitaria: en un primer momento una evaluación diagnóstica, o previa a la puesta en marcha del programa; luego, una evaluación durante el proceso, que busca el perfeccionamiento de la intervención; y finalmente una posterior, que busca medir los resultados y el impacto, con base en los objetivos planteados (Ubilos & Molero, 2011). De modo más específico, Ubilos y Molero (2011) resaltan seis diferentes fases en el desarrollo y evaluación de programas comunitarios: inicialmente la identificación del problema, que se puede realizar a partir de técnicas exploratorias cualitativas o epidemiológicas, cuantitativas; un segundo, en el que se plantean las metas y los objetivos, así como las medidas para operacionalizar las mismas; en tercer lugar una pre-evaluación que se refiere al planteamiento del punto de corte o base en las medidas operacionalizadas en los beneficiarios del programa; una cuarta que integra la formulación de un programa diseñado con base en las observaciones e información recopilada previamente; la quinta fase es la implementación del programa, en la que la evaluación pretende dilucidar si se está llevando a cabo del modo planeado y si se están cubriendo los objetivos del mismo; y por último, una sexta fase que ha sido considerada la más relevante de modo tradicional, que evidencia que las acciones hayan tenido un efecto frente a los objetivos planteados al inicio del programa.

Por su parte, Bloom (1972) señala que con base en la fuente de la información existen cuatro diferentes tipos de toma de información: 1. El de la descripción del programa, desde una metodología cualitativa y basada en la experiencia fenomenológica o etnográfica; 2. Desde la visión del beneficiario, ya sea desde una metodología cuantitativa (cantidad de beneficio obtenido) o cualitativa (reporte subjetivo del beneficio obtenido), con fortalezas como el poder dar voz al receptor del programa, como desventajas como la potencial disminución de los índices de validez y confiabilidad de los reportes brindados por los participantes; 3. Juicio experto, en donde entra el juicio clínico o la búsqueda de medidas objetivas de acuerdo a la posición de un “experto,” y 4. A partir de la medición de variables comunitarias, o los efectos en la comunidad en general.

El principal problema identificado en la evaluación de los programas comunitarios es la divergencia en valores entre la práctica y la ciencia (Blenker, 1950). Esto es decir, mientras uno se enfoca en la individualidad y su objetivo es el cuidado de las personas por medio de procesos creativos y dinámicos, el segundo tiene un enfoque metodológico con fines informativos que pretende la generalización del conocimiento (Bloom, 1972). De la misma manera, se identifica que la evaluación puede ser no sólo contraproducente, sino que puede impedir la acción; es decir, que a mayor rigor de los datos es más complejo la creación de un plan de acción coherente (Rein, 1965).

2.7. Programas comunitarios como una alternativa para el manejo de la depresión

Para abordar el problema de los servicios de salud mental en los países en vías de desarrollo, se han iniciado diversos proyectos basados en la propuesta enunciada por la OMS desde 1983 (OMS, 2003; Patel, comunicación personal). Las recomendaciones incluyen: 1) proveer servicios de salud mental en cuidados primarios, 2) hacer la medicación costeable, 3) brindar servicios a nivel comunitario, 4) promover educación sanitaria, 5) involucrar a las comunidades, las familias y los pacientes, 6) establecer vínculos con otros sectores comunitarios, 7) diseñar políticas, programas y legislación a nivel nacional, 8) desarrollar recursos humanos, 9) evaluar la salud mental comunitaria y 10) apoyar la investigación en salud mental.

Debido a la compleja red de variables que está involucrada en las inequidades en salud en general y salud mental en particular (Frohlich & Potvin, 2008), Tharp (1991) propone que la intervención comunitaria debiera ser el modo de trabajo actual donde se consideren al contexto social, económico y político de la población. La popularidad de estas intervenciones se ha

incrementado a partir de la tendencia a la búsqueda del empoderamiento por medio del uso de líderes comunitarios no-profesionales que apoyen la desinstitucionalización de los servicios de salud regresando la responsabilidad a los miembros de la comunidad y las familias (Kurtz, 1997). De modo consistente con esto existen diversos ejemplos en la literatura de proyectos desarrollados a nivel comunitario para lidiar con los altos niveles de depresión. Más aún, para el trabajo con depresión, excepto en casos de depresión mayor, se ha propuesto que el apoyo psicológico, social y las iniciativas económicas reportan beneficios costo-efectivo para el trabajo en comunidades en vías de desarrollo y marginalizadas (Thangadurai & Jacob, 2014).

En Chile, por ejemplo, se diseñó un protocolo en clínicas de atención primaria para el manejo de la depresión de mujeres de escasos recursos (Araya, Rojas, Fritsch, Gaete, Simon, & Peters, 2003). En este proyecto, 240 mujeres diagnosticadas con depresión mayor recibieron una intervención de componentes múltiples impartida por facilitadores de salud entrenados durante 3 meses. Las pacientes participaron en psicoeducación en sintomatología depresiva, causas, opciones de tratamiento, técnicas como uso de actividades positivas y habilidades cognitivas y de prevención de la recaída. Asimismo, se les aplicó un seguimiento estructurado y sistemático donde se demostró que este programa funcionó de modo eficaz en el manejo de la depresión.

Ese mismo año, en Goa, India, Patel, Chisholm, Rabe-Hesketh, Dias-Saxena, Andrew y Mann (2003), investigaron la eficacia y la costo-efectividad de dos estilos de tratamiento para la depresión, la medicación antidepressiva (en particular fluoxetina), y la intervención psicológica. Encontraron que los beneficios fueron mayores para las personas que tomaron antidepressivos, mientras que el tratamiento psicológico fue tan eficiente como el placebo; sin embargo, en este estudio particular, la intervención psicológica propuesta fue insuficiente, consistiendo únicamente en 30 minutos de técnicas de relajación y tratamiento para problemas específicos durante seis semanas, lo que podría explicar su falta de efectividad y brindar un posible punto de partida para la intervención mínima necesaria en la provisión de una intervención psicológica. Los investigadores proponen la hipótesis de que la falta de éxito pudiera deberse a la alta expectativa brindada usualmente al tratamiento fisiológico y al médico en particular, así como a la falta de estructura empleada en el modelo terapéutico (Patel et al., 2003).

A pesar de estos resultados es importante considerar las dificultades citadas en la literatura en la utilización de fármacos psiquiátricos en países en vías de desarrollo, estas incluyen problemas de infraestructura, altos costos en los medicamentos, ausencia de ciertos

medicamentos, altos costos en personal entrenado en atención psiquiátrica y la falta de entrenamiento en dosis y efectos secundarios de medicamentos psiquiátricos para médicos generales y las creencias y renuencia que existe entre las personas para el uso de antidepresivos (Abas et al., 2003; Bass, et al., 2006). Además, únicamente el 30 al 40% de las persona que completan el tratamiento con antidepresivos alcanzan una remisión total (Ruiz Flores et al., 2007), aunado a que en particular, la población hispana tiende a abandonar el tratamiento y tener menores índices adherencia que la población caucásica (Sleath, Rubin, & Huston, 2003).

En un análisis de la investigación realizada por Berenzon, Saavedra y Navarro (2009), Medina-Mora valora la divergencia entre las necesidades sentidas de la mujer mexicana en su búsqueda de consejo frente a estresores psicosociales y la atención que proporcionan los servicios de salud mental en México cuya tendencia suele enfocarse en métodos ortodoxos de diagnóstico y atención bajo un modelo estrictamente médico, donde los problemas del día a día se entienden y restringen a categorizaciones sintomatológicas por parte de un profesional de salud mental con poco conocimiento de las situaciones vividas por la población con la que trabaja (Medina Mora, et al., 2013).

Como alternativa a esto, en México en particular, se han desarrollado proyectos comunitarios que pretenden abordar el problema de la depresión en zonas en desventaja socioeconómica. Uno de estos, desarrollado por Lara, Navarro, Navarrete, Mondragón, y Rubí (2003) se basó en el desarrollo de un programa titulado “Es difícil ser mujer” que consistía en psico-educación de la sintomatología depresiva con el objetivo de prevenir la depresión dos años luego de su implementación. Los investigadores concluyeron que el tratamiento fue eficaz en reducir la sintomatología depresiva, así como en mejorar el autoestima en el corto plazo. Sin embargo, a largo plazo, el autoestima volvió a disminuir en las mujeres que tomaron lugar en el proyecto; aún así, se mantuvo por encima del nivel previo a su participación. Posteriormente, en 2009 se hizo una réplica del proyecto, añadiendo una componente de entrenamiento en habilidades sociales, en particular, en búsqueda de recursos sociales. Los resultados obtenidos fueron los mismos que en el pasado, sugiriendo que no había diferencia significativa luego de añadir el componente de entrenamiento en habilidades, lo que llevó a los investigadores a concluir que el componente grupal pudiera tener un mayor nivel de significancia en el decremento de la sintomatología depresiva y aumento de los niveles de autoestima que el currículo educativo en sí (Ansaldi, López, & Lara, 2009).

En este sentido, Schueller (2009), propone que el trabajo a nivel individual puede promover un beneficio a nivel comunitario. A decir, mejorar los niveles de afecto y emociones, incrementar el sentimiento de competencia y mejorar la capacidad adaptativa del individuo le llevará a solidificar una motivación intrínseca que dirigirá su acción a una actitud cívica comprometida y de activismo social, misma que promueva la creación de lazos sociales e identificación de objetivos comunitarios que susciten la equidad y la democracia. Lo anterior, propone el autor, disminuirá las comparaciones sociales, incrementando el nivel de bienestar, al tiempo que promoverá un sentimiento de dominio sobre el ambiente o empoderamiento comunitario (Schueller, 2009).

Para englobar lo anterior, entonces, se hace indispensable la promoción de proyectos que no solo beneficien a la comunidad, sino que la involucren de manera activa durante todo el proceso. Dichas intervenciones comunitarias han mostrado no solo incrementar los niveles de apoyo social, sino fomentar relaciones de auto-ayuda, desarrollo de los recursos comunitarios, tener un impacto en el uso de los servicios, así como modificar los sistemas de poder dentro de las comunidades y grupos vulnerables promoviendo mayores niveles de equidad y justicia social (Balcazar, Rosenthal, Brownstein, Rush, Matos, & Hernández, 2011).

2.7.1. Terapia Interpersonal Grupal (TIP-G) como un modelo de intervención comunitaria para el manejo de depresión. La TIP, desarrollada en el laboratorio bajo modelos de investigación de eficacia ha sido llevada previamente a comunidades bajo modelos de evaluación de efectividad (Bolton et al. 2003; Mufson, Pollack, Olfson, Weissman, & Hoagwood, 2004; Patel et al. 2004; Reay, Stuart, & Owen, 2003; Verdeli et al. 2003). Si bien el uso de modelos empíricamente comprobados es benéfico para los pacientes pues incrementa las posibilidades de beneficiarse de una terapia, los resultados de las investigaciones no siempre pueden ser replicables a pacientes en el campo clínico y menos aún en el campo comunitario (Schoenwald & Hoagwood, 2001). Esto es particularmente relevante dadas las diferencias existentes entre el escenario comunitario y el experimental, en donde a diferencia del primero, se tiene control sobre variables como comorbilidad, apego al modelo, remuneración y entrenamiento del personal, protocolarización, e incluso remuneración (económica o en especie) a los participantes.

El modelo interpersonal, que ha mostrado su viabilidad de adaptación a diferentes culturas y diversas comunidades (Bearsley-Smith, Browne, Sellick, Villanueva, Chesters, Francis, et al.,

2007; Millán-González & Solano-Medina, 2010; Mufson, 2010; Lueboonthavatchai & Thavichachart, 2010; Reay, Stuart, & Owen, 2004; Verdeli, Clougherty, Onyango, Lewandowski, Speelman, Betancourt, 2008). También ha evidenciado previamente ser aplicable de modo eficiente en comunidades latinas empobrecidas (Mufson, Weissman, Moreau, & Garfinkle, 1999).

El proyecto comunitario tiene la propuesta de beneficiar a los participantes al darles un nivel interpersonal de empoderamiento, o incrementar los niveles de auto-eficacia (Gutiérrez & Ortega, 1991). Este sentimiento de empoderamiento puede, más aún, incrementar el poder político comunitario (Bender & Ewashen, 2000). El empoderamiento político es definido como la acción social y el cambio que se dirige hacia las instituciones con fines de búsqueda de cambios sociales. Esto se construye al ser una inmersión en el microcosmos del contexto sociopolítico del que los individuos son partícipes y poder crear consciencia de (Bender & Ewashen, 2000). Esta postura se basa en la propuesta por Yalom quien incorpora el concepto de microcosmos dentro de un grupo (2005); esto sugiere que dentro del grupo se reconstruyen patrones individuales y socioculturales del macrocosmos o contexto mayor. Es decir, los participantes de un grupo se relacionarán entre ellos de la misma manera que lo hacen con sus familiares y su medio, evidenciando su autoconcepto y sus esquemas del mundo por medio de patrones de creencias y conductas.

Yalom (2005) propone que los problemas en estructuras de carácter, así como los problemas de vida actuales están relacionados a problemas en las relaciones interpersonales. Entonces, si los problemas actuales tienen su fundamento en problemas interpersonales, entonces el cambio consistirá en la solución de estos conflictos; es decir, a través de las relaciones interpersonales que se forman en el grupo. Igualmente, el papel del líder del grupo consistirá en crear consciencia de estos patrones de creencias y conductas y la promoción de cohesión grupal, la sensación de pertenencia a un grupo donde existe un contacto cercano y profundo con otros y donde el individuo es comprendido y aceptado (Butler & Fuhriman, 1983).

El proceso de cambio se entiende desde un proceso bidireccional, donde el grupo actúa en este microcosmos lo que hace en el macrocosmos, es decir, trae consigo y actúa dentro del grupo su contexto sociocultural (Bender & Ewashen, 2000). Al mismo tiempo la intención es la de promover la reflexión y el cuestionamiento de estas creencias socioculturales naturalizadas, así como los modos habituales de relacionarse con el fin de suscitar una disonancia cognitiva que

dirija al cambio individual y grupal desde este microcosmos hacia el macrocosmos o contexto socio-político del que se es parte (Brabender, et al., 2004; Hatzidimitriou, 2002). A decir, el líder grupal tendrá una responsabilidad hacia el bienestar social al comenzar un proceso de pensamiento crítico hacia los sistemas sociopolíticos injustos y con esto la promoción de comunidades más saludables y equitativas (Bender & Ewashen, 2000, p. 306).

Formar parte de estos grupos promueve en la persona la formación de una nueva identidad con base en la pertenencia a un grupo del que se es parte y en donde las experiencias personales serán validadas por medio de la empatía. Esto a su vez, propone Brown (1988), generará un sentido de aceptación personal y una identidad positiva social que se considera el precursor de este empoderamiento. Aunado a esto, las redes interpersonales que propician un apoyo social solidificarán estas ganancias al mejorar el bienestar emocional de las personas, apoyar en sus necesidades durante transiciones de roles, así como ayudándolas a socializar dentro de su comunidad, formando redes más sólidas dentro de ésta (Sue, Sue, & Sue, 1994 en Becker, Crivelli- Kovach, & Gronseth, 2004, p. 328).

Adecuación de la TIP para la población mexicana. Varios autores han escrito acerca de la importancia de adaptar los modelos terapéuticos eurocentristas a las necesidades y características idiosincrásicas de cada cultura (Hall, 2001; Sue & Sue, 1999). Respetar las costumbres de la cultura del paciente no solo se ha relacionado con menores niveles de deserción y una mayor utilización de los servicios de atención psicológica (Sue, 1998), sino también con mayores niveles de efectividad (Tharp, 1991), y menor sensación de incompreensión y alienación por parte del usuario (Comas- Díaz, 2006). Por esto, la APA en sus lineamientos para educación en entrenamiento, investigación, práctica y cambio organizacional sugiere adaptar los modelos tradicionales a las visiones singulares de la cultura desde la perspectiva de su antecedente racial, cultural, étnico, espiritual y cultural (APA, 2003).

Como se mencionó previamente, la TIP ha mostrado ser congruente y eficaz para un número de poblaciones y culturas, entre ellas los latinos (Comas- Díaz, 2006; Pérez, 1999; Roselló & Bernal, 1999; Weissman, 2006), ya que se enfoca en la realidad interpersonal del paciente. A demás, a diferencia de las terapias eurocentristas tradicionales, no se centra en un ideal del self único e independiente (Comas-Díaz, 2006), sino en la interconexión entre individuos, lo cual lo hace un modelo adecuado para las culturas colectivistas, donde se enfatizan los nodos interpersonales y emocionales entre miembros de la comunidad, familias y armonía

entre los individuos como características deseables y valoradas (Triandis, 1989). Es decir, existe primordialmente un valor hacia la conexión y la integración como métodos de desarrollo y cambio, sobre la independencia y capacidad personal característicos de las culturas individualistas (Comas-Díaz, 2006).

Más aún, la TIP ya se ha modificado para ser un tratamiento culturalmente apropiado para diferentes grupos alrededor del mundo. Las adaptaciones técnicas de una intervención alteran la forma en la que esta es impartida, pero mantienen el antecedente teórico y las suposiciones básicas del abordamiento (Bernal, Bonilla & Bellido, 1995; Bernal, Jiménez-Chafey & Domenech, 2009; Marcowitz, et al, 2009). Una de estas adaptaciones se realizó en el año 2000, cuando la fundación World Vision International en proyecto para disminuir los niveles de depresión en la región sur de Uganda (Bolton, et al., 2003). Esto se logró a partir del entrenamiento de no-profesionales, líderes comunitarios que guiaron sesiones TIP creando un manual culturalmente sensible que abordara las costumbres locales y pudiera evaluar la efectividad local. La intervención consistía en sesiones semanales de 90 minutos en un periodo de 16 semanas. Se desarrolló por líderes del mismo sexo en grupos unigénero de entre cinco y ocho personas (Bass, et al., 2006). Los resultados de este proyecto son alentadores. En primer lugar TIP probó ser un tratamiento eficaz para reducir la severidad en sintomatología depresiva; en segundo lugar, mostró ser útil en reducir los niveles de disfunción para aquellos que padecían de depresión, y finalmente, la aceptación del modelo de TIP por una cultura no occidental, así como su viabilidad en la impartición de ésta por facilitadores de salud entrenados ex profeso marcó el comienzo de una serie de investigaciones y adaptaciones en diversa partes del mundo, principalmente países en vía de desarrollo (Verdeli et al., 2003).

Algunos investigadores (Roselló & Bernal, 1996; Sue & Sue 1990; Tamura & Lau, 1992) sugieren que los latinos han presentado una preferencia por aquellos tratamientos que son breves, directivos y enfocados en el problema, y en la comunicación verbal y no verbal, lo cual es consistente con el modelo interpersonal. Además, los latinos prefieren un método más directivo y formal en la terapia, así como uno enfocado en el presente y no en el pasado (Kouyoumdjan, Zamboanga, & Hansen, 2003). A pesar de esto, el modelo de intervención breve presenta potencialmente el riesgo de un sentimiento de abandono por parte del terapeuta, con quien se establece una relación interpersonal, por lo que se le sugiere debe educar al paciente en el enfoque a corto plazo para evitar despertar un sentido de pérdida en el paciente (Marcowitz et al.,

2009). Sin embargo, esta sensación de pérdida y abandono pudiera disminuirse debido a que la TIP promueve una fase de mantenimiento que plantea que una vez terminado el proceso terapéutico se debe dar un seguimiento al paciente y su desarrollo como medio para disminuir la posibilidad de recaída sintomatológica y rectificar las estrategias adquiridas durante el proceso terapéutico.

Es recomendable desarrollar una alianza colaborativa y proveer un racional y explicación a la técnica, hacer explícito el contrato terapéutico, trabajar con el paciente para desarrollar habilidades y competencia independiente, utilizar técnicas como la educación, el consejo, el modelamiento y el juego de roles, así como animar al cliente son técnicas que facilitan el tratamiento a nivel transcultural (Marcowitz, Patel, Balan, Bell, Blanco, Yellow Horse Brave heart, et al., 2009; Pérez, 1999; Roselló & Bernal, 1999).

Las cuatro áreas problema en las que se enfoca la TIP tienen una relación sólida con el contexto cultural. En particular, se le ha encontrado viable y congruente con la población mexicana dados los valores enraizados como el *familismo* y la importancia de los nodos interpersonales, en particular, atributos como la conexión, la pertenencia y las relaciones interpersonales (Comas-Díaz, 2006; Roselló & Bernal, 1999). Esto va de la mano con los hallazgos derivados de Díaz-Guerrero en los años sesentas (Díaz-Guerrero, 1961) y más adelante corroborado en el 2007 acerca de las premisas histórico- culturales de los mexicanos, donde se muestra a la familia como base del comportamiento social (Díaz-Loving, Rivera-Aragón, Benjamín, Villanueva-Orozco, & Cruz-Martínez, 2011). De esta manera, se promueve la realización de una intervención contextualmente congruente donde los intereses, valores y normas de la cultura sean considerados como fuente de la intervención.

Complementariamente, Pérez (1999) y Marcowitz et al. (2009) han escrito una serie de recomendaciones y comentarios para llevar este tratamiento de modo culturalmente sensible con la población latina. Primero, sugieren que los conflictos interpersonales en el matrimonio y familia es un tema común en el tratamiento de la población hispana, y que estas relaciones tienen una influencia en el curso y pronóstico de diversos trastornos. La familia es, asimismo, un factor protector ya que se encuentra asociada al bajo índice de casos que se presentan por déficits interpersonales en los latinos. Para ellos, la familia es la unidad interpersonal más importante y aunque pudiera relacionarse con estrés financiero, decepción y ansiedad relacionada con el miedo a decepcionar a la familia, se ha encontrado como la principal fuente de apoyo social, material y

de consejo mediando estresores psicosociales y solidificando un sentimiento de identidad y pertenencia (Marcowitz, et al, 2009; Roselló & Bernal, 1996).

Con respecto al “fatalismo,” creencia de que se es incapaz de modificar el ambiente externo si uno lo desea, característica que se ha visto asociada a la cultura hispana (Kouyoumdjian, Zamboanga, & Hansen, 2003), Marcowitz et al. (2009) sugieren que para fomentar el locus de control interno, se debe evitar dar consejo, dando pie a que el paciente sugiera diferentes opciones que podrían ser exploradas en busca de su bienestar.

Para los pacientes que se presentan por duelo, no se ha encontrado la necesidad de realizar adaptaciones importantes al manual original, encontraron que los latinos son particularmente resilientes cuando enfrentan la pérdida de un ser cercano y que esto pudiera ser facilitado por el vínculo emocional que se mantiene incluso luego de la muerte de un ser querido, en ocasiones incluso manteniendo conversaciones o consultando decisiones importantes con familiares occisos (Comas-Díaz, 2006).

Es importante, además hacer énfasis en la necesidad de ser sensible a las diferencias de género, las cuales son prevalentes en comunidades Latinas. Los hombres tienen una necesidad de ser masculinos y viriles, mientras que las mujeres tienen aún la responsabilidad de ser asexuales y sacrificarse por el bienestar de la familia (Marcowitz et al., 2009). Estas diferencias y expectativas son particularmente relevantes en el caso de poblaciones indígenas o en zonas rurales.

Por otra parte, se destaca la importancia de simplificar los términos de modo que puedan ser entendidos para comunidades que no estén familiarizadas con términos médicos (Roselló & Bernal, 1996), el uso de símbolos, metáforas, expresiones y conceptos que el grupo utiliza y entiende ayuda al proceso terapéutico motivando al paciente y reduciendo la resistencia (Bernal, Jiménez- Chaffey & Domenech, 1995, 2009; Roselló & Bernal, 1996) Por ejemplo, el uso de dichos (Bernal, et al., 2009) o de frases coloquiales, así como considerar el uso del término depresión para evitar el estigma asociado al lenguaje médico (Marcowitz, et al., 2009).

Particularmente relevante puede ser la incorporación de valores y prácticas espirituales - especialmente católicas- en el tratamiento. Para los latinos, el significado de vida, así como la satisfacción personal está ligada a las creencias espirituales y la recuperación de problemas y situaciones de vida está asociada a un reto espiritual que llevará a una meta de vida (Comas-Díaz,

2006; Marcowitz, et al., 2009). Olvidar considerar la esfera espiritual puede llevar al paciente a un sentimiento de marginación o alienación.

El modelo interpersonal, entonces, se presenta como una alternativa factible para el manejo de la depresión y su adaptación para la población mexicana desde una modalidad grupal. Esto se ha fundamentado en evidencia empírica que solidifica su viabilidad y uso, no sólo mostrándose equiparable a los programas individuales en disminuir la sintomatología depresiva, sino que se sugiere que presenta ventajas adicionales en cuanto a aprendizaje de habilidades interpersonales, solidificación de redes de apoyo, así como un potencial empoderamiento a los participantes de dicho grupo. Lo anterior cobra particular notabilidad al observar la congruencia que existe entre dicha propuesta y el modelo de salud mental comunitario, en donde los objetivos que se persiguen son intervención en problemas de salud mental de la comunidad, empoderamiento y autogestión.

Uso de promotores comunitarios de salud mental para TIP. Verdeli y sus colegas (2003) examinaron tanto los retos como los procesos que acompañan el entrenamiento de los líderes grupales en Uganda al implementar una terapia interpersonal (IPT-G) por 16 semanas, los entrenadores usaron técnicas informativas y experienciales para explicar los conceptos subyacentes a la práctica de la Terapia Interpersonal. Hicieron esto por medio de una auto-revelación de experiencias personales, uso de juego de roles y práctica de habilidades de resolución de problemas a situaciones de vida. De modo particular, abordaron las áreas de trabajo de esta terapia de la siguiente manera: primero, para depresión a causa de cambios de roles usaron la experiencia de los facilitadores (ahora como líderes grupales) como ejemplo, y hablaron de las habilidades requeridas para lidiar con los nuevos roles y las demandas de esta nueva vida, las expectativas positivas y negativas para este cambio de estatus y se enfocaron en la identificación de opciones disponibles y elementos controlables de estas transiciones. En segunda instancia, para el área de disputas interpersonales, los entrenadores y utilizaron ejemplos reales de vida

Modalidad grupal TIP(TIP-G). Finalmente, una ventaja adicional a la intervención grupal, es que es consistente con el modelo comunitario en cuanto a la viabilidad de su adaptación y práctica en escenarios comunitarios (Muson et al., 2004). Asimismo, involucra el proceso de empoderamiento (Hatzidimitriaou, 2002), sobre todo en aquellos grupos dirigidos por para-profesionales o líderes grupales de la misma comunidad. En este sentido, se entiende

empoderamiento como el proceso de características distintivas que signifique la capacidad de afirmación de los derechos humanos básicos como toma decisiones y libertad de elección, al tiempo que se hace acompañar por conducta activa como pensamiento crítico, control sobre la vida propia y efectuar cambios personales y conductuales (Hatzidimitriaou, 2002, p. 282). Este proceso de empoderamiento, de acuerdo con Rappaport (1987) se logra a partir de obtener información de un fenómeno, adquirir habilidades, incrementar sentimientos de autoeficacia y control sobre la vida propia y sobre decisiones comunitarias, así como percibirse capaz de tomar decisiones. De la mano con este constructo, existe el de la teoría de la autodeterminación que se enfoca en la búsqueda de autonomía, conexión y competencia (Ryan & Deci, 2000), necesidades básicas del ser humano que se sugiere son cubiertas por medio del grupo de orientación.

Otra posible explicación por la que se logra este fenómeno de empoderamiento, es que el desarrollarse el factor propuesto por Yalom (2005) de cohesión y universalidad al formarse una identidad grupal, esta puede disminuir el sentimiento de culpa por situaciones de vida por medio de un diálogo constructivo dentro del grupo. Este diálogo, de acuerdo a Gutiérrez y Ortega (1991), puede asimismo ayudar al entendimiento de la naturaleza de la experiencia de los participantes para el desarrollo de un sentido de responsabilidad por eventos futuros desde la esfera social como individual. Consistente con esto, Patel y sus colaboradores (2004), aseveran que “[la terapia grupal] que enfatiza y exhorta compartir entre los miembros de la misma comunidad son altamente efectivas” (p. 540)

De esta forma, este proyecto comunitario se propone que beneficie a los participantes al darles un nivel interpersonal de empoderamiento, o incrementar los niveles de auto-eficacia, (Gutiérrez & Ortega, 1991). Este sentimiento de empoderamiento puede, más aún, incrementar el poder político comunitario (Bender & Ewashen, 2000). El empoderamiento político es definido como la acción social y el cambio que se dirige hacia las instituciones con fines de búsqueda de cambios sociales. Esto se construye al ser una inmersión en el microcosmos del contexto sociopolítico del que los individuos son partícipes y poder crear consciencia de éste (Bender & Ewashen, 2000). Esta postura se basa en la propuesta por Yalom quien incorpora el concepto de microcosmos dentro de un grupo (2005); esto sugiere que dentro del grupo se reconstruyen patrones individuales y socioculturales del macrocosmos o contexto mayor. Es decir, los participantes de un grupo se relacionarán entre ellos de la misma manera que lo hacen con sus familiares y su medio, evidenciando su autoconcepto y sus esquemas del mundo por medio de

patrones de creencias y conductas. De este modo, Yalom (2005) propone que los problemas en estructuras de carácter, así como los problemas de vida actuales están relacionados a problemas en las relaciones interpersonales. Entonces, si los problemas actuales tienen su fundamento en problemas interpersonales, entonces el cambio consistirá en la solución de estos conflictos; es decir, a través de las relaciones interpersonales que se forman en el grupo.

El papel del líder del grupo consistirá en crear consciencia de estos patrones de creencias y conductas y la promoción de cohesión grupal, la sensación de pertenencia a un grupo donde existe un contacto cercano y profundo con otros y donde el individuo es comprendido y aceptado (Butler & Fuhrman, 1983). Así, el proceso de cambio se entiende desde un proceso bidireccional, donde el grupo actúa en este microcosmos lo que hace en el macrocosmos, es decir, trae consigo y actúa dentro del grupo su contexto sociocultural (Bender & Ewashen, 2000). Al mismo tiempo la intención es la de promover la reflexión y el cuestionamiento de estas creencias socioculturales naturalizadas, así como los modos habituales de relacionarse con el fin de suscitar una disonancia cognitiva que dirija al cambio individual y grupal desde este microcosmos hacia el macrocosmos o contexto socio-político del que se es parte (Brabender, Smolar, Fallon, & April, 2004; Hatzidimitriou, 2002). A decir, el líder grupal tendrá una responsabilidad hacia el bienestar social al comenzar un proceso de pensamiento crítico hacia los sistemas sociopolíticos injustos y con esto la promoción de comunidades más saludables y equitativas (Bender & Ewashen, 2000, p. 306).

Formar parte de estos grupos promueve en la persona la formación de una nueva identidad con base en la pertenencia a un grupo del que se es parte y en donde las experiencias personales serán validadas por medio de la empatía, esto a su vez, propone Brown (1988), generará un sentido de aceptación personal y una identidad positiva social que se considera el precursor de este empoderamiento. Más aún, las redes interpersonales que propician un apoyo social solidificarán estas ganancias al mejorar el bienestar emocional de las personas, apoyar en sus necesidades durante transiciones de roles, así como ayudándolas a socializar dentro de su comunidad, formando redes más sólidas dentro de ésta (Sue, Sue, & Sue, 1994 en Becker, Crivelli- Kovach, & Gronseth, 2004, p. 328).

Para concluir, estas intervenciones muestran la viabilidad desde el aspecto ético así como el práctico para el desarrollo de ensayos clínicos que busquen una intervención comunitaria para el tratamiento de la depresión en países en vías de desarrollo utilizando las propuestas de la OMS

(Patel, Araya, & Bolton, 2004). A la fecha, los ensayos clínicos han mantenido un enfoque centrado en el uso de profesionales de salud y salud mental como medio para medir la eficiencia en las intervenciones terapéuticas, distanciando la brecha entre la realidad sociocultural, la confianza en los proyectos comunitarios y los alcances con evidencia empírica (Balcazar, Rosenthal, Brownstein, et al., 2011).

El desarrollo y evaluación de diversos proyectos que busquen atender a esta situación de manera costo-efectiva por medio del uso de facilitadores de salud mental o facilitadores de la salud de la comunidad entrenados y supervisados por profesionales de salud mental es consistente con la propuesta realizada por la OMS. Más aún, uno de los modelos de tratamiento que ha tenido evidencia experimental en el tratamiento de la depresión ha sido la Terapia Interpersonal y éste ha sido investigado y adaptado previamente para población latina de modo exitoso (Kouyoumdjan, Zamboanga, & Hansen, 2003; Marcowitz, et al., 2009; Pérez, 1999; Roselló et al., 1999). A demás, tiene un sólido fundamento empírico evidenciando la viabilidad de la adaptación de la terapia interpersonal a un modelo grupal impartido por facilitadores de la salud provenientes de la comunidad (Bearsley-Smith, et al., 2007; Reay, Stuart, & Owen, 2004; Roselló et al., 1996; Verdelli, et al., 2003).

En este capítulo se abordó el quehacer de la disciplina de la psicología comunitaria como un modelo de atención para, en y por la comunidad. El objetivo de esta rama de la psicología es, por ende, favorecer el desarrollo de la comunidad a partir de los recursos provenientes de la misma y por medio de los personajes que en esta se desenvuelven. Es fundamental, por ello, el involucramiento de las distintas partes para promover un trabajo autogestivo. Con esto en mente, el uso de voluntarios, promotores comunitarios, facilitadores o para- profesionales para el desarrollo de proyectos es forma habitual de trabajo.

Dada la relevancia que tiene el cuidado comunitario, por medio de la formación de redes personales de apoyo social, el trabajo en la búsqueda de la formación y solidificación de estos nexos se ha vuelto pilar. El modelo de intervención para la depresión: Psicoterapia Interpersonal, cuyo objetivo es el mantenimiento y formación de redes interpersonales tiene metas consistentes con el modelo comunitario. Al mismo tiempo, su formato grupal es congruente y facilita la creación de nexos cercanos de apoyo, así como el desarrollo de las habilidades sociales que puedan generalizarse al meso y macrosistema en el que se desenvuelve el sujeto deprimido, fortaleciéndose a sí y a la comunidad. Más aún, este modelo de intervención ha sido provado y

llevado a cabo de modo exitoso en diversas comunidades y por medio de promotores comunitarios o voluntarios comunitarios de modo exitoso, haciéndolo atractivo y promoviendo una potencial viabilidad para el trabajo de este padecimiento desde una perspectiva social-comunitaria en México.

Referencias

- Abas, M., Baingana, F., Broadhead, J., Lacoconi, E., & Vanderpyl, J. (2003). Common mental disorders and primary health care: current practice in low-income countries. *Harvard Review of Psychiatry, 11*, 166–173.
- Abril-Chambo, V. J. (1997). *Apoyo social y salud: Una perspectiva comunitaria*. Valencia, España: Promolibro.
- Acuña, L., & Bruner, C. A. (2009). El efecto de un número percibido creciente de prestadores de ayuda sobre el bienestar psicológico. *Revista Mexicana de Psicología, 26* (2), 223-232.
- Albee, G. W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist, 37*, 1043, 1050.
- American Psychological Association. (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist, 58*, 377–402.
- Ansaldi, S., Lopez, I. B., & Lara, M.A. (2009). El apoyo social como parte de una intervención para prevenir la depresión en mujeres. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 1*(1), 19-30.
- Ajrouch, K. J., Reisine, S., Lim, S. Sohn, W. & Ismail, A. (2010). Perceived everyday discrimination and psychological distress: Does social support matter?. *Ethnicity & Health, 15*(4), 417-434.
- Araya R., Rojas G., Fritsch R., Gaete J. Simon G. & Peters T. J. (2003). Treating Depression in Santiago Chile: A randomized controlled trial. *Lancet, 361*, 995-1000.
- Arnold, M. F. (1966). Introduction to PERT. In M. F. Arnold (ed.) Health program implementation through PERT. San Francisco:Western Regional Office, APHA.
- Asun, H. M. (2011). Introducción a la psicología comunitaria: Algunos presupuestos teóricos, en Fernández, I., Morales, J. F., & Molero, F. (eds.). *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao, España: Desclée De Brower.

- Aull-Davies, C. (1998). Caring communities or effective networks? Community care and people with learning difficulties in South Wales, en R. Andrew & E. Ian. *Anthropology of Community Care*, Florence, KY, USA: Routledge.
- Balcazar, H., Rosenthal L., Brownstein N., Rush C. H., Matos, S. & Hernandez, L. (2011). Community Health Workers Can Be a Public Health Force for Change in the United States: Three Actions for a New Paradigm. *American Journal of Public Health*, 101(12), 2199-2203
- Bashir, K., Blizard, B., Bosanquet, A., Bosanquet, N., Mann, A., & Jenkins, R. (2000). The evaluation of a mental health facilitator in general practice: effects on recognition, management, and outcome of mental illness. *British Journal of General Practice*, 50(457), 626-629.
- Bass, J., Neugebauer, R., Clougherty, K.F., Verdeli, H., Wickramaratne, P., Ndogoni, L., ..., & Bolton, P. (2006). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6 month outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 188, 567-573.
- Bearsley-Smith, C., Browne, M. O., Sellick, K., Villanuev, E. V., Chesters, J., Francis, K., & Reddy, P. (2007). Does Interpersonal Psychotherapy improve clinical care for adolescents with depression attending a rural child and adolescent mental health service? Study protocol for a cluster randomised feasibility trial, *BMC Psychiatry*, 7(53). doi:10.1186/1471-244X-7-53. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/7/53>
- Bender, M. P. (1981). *Psicología de la comunidad*. España: CEAC
- Bender, A., & Ewashen, C. (2000). Group work is political work: a feminist perspective of interpersonal group psychotherapy. *Issues In Mental Health Nursing*, 21(3), 297-308.
- Bennett, C. C., Anderson, L. S., Cooper, S., Hassol, L., Klein, D. C., & Rosenblum, G. (1966). *Community psychology: A report of the Boston conference on the education of psychologists for community mental health*. Boston, MA: Boston University Press.
- Berenzon S., Lara M. A., Robles R., & Medina-Mora M E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mexico*, 55,74-80
- Berenzon- Gorn, S., Saavedra-Solano, N., & Alanís-Navarro, S. (2009). Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: Autoatención y apoyo social. *Salud Pública de México*, 51(6), 465–473.

- Berkman, L. F., Glassb, T., Brissette, I., & Seemand T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857
- Bernal, J. G., Bonilla, J., & Bellido, C. (1995). Ecological validity and cultural sensitivity for outcome research: Issues for the cultural adaptation and development of psychosocial treatments with Hispanics. *Journal of Abnormal Psychology*, 22(1), 67-82.
- Bernal, J. G., Jimenez-Chaffey, M. I., & Domenech, M. M. (2009). Cultural adaptations for treatments: A resource for considering culture in evidence- based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4), 361-368.
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación Educativa. Guía práctica*. Barcelona: CEAC.
- Blenker, M. (1950). Obstacles to evaluative research in casework: Part 1. *Social Casework*, 34-54-60.
- Bloom, B. L. (1972). Mental Health program evaluation, en S. E. Golan, & C. Eisdorfer (Eds.) *Handbook of Community Mentalh Health*. New York: Century Psychological Series.
- Bolton, W. & Oakley, K. (1987). A Longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychological Medicine*, 17 (2), 453-460.
- Bolton P., Bass J. Neugebauer R, Verdeli, H., Clougherty, K.F., ... & Weissman, M. (2003). Group interpersonal Psychotherapy for depression in rural Uganda. *Journal of the American Medical Association* 289, 3117-3124.
- Booker, V. K., Robinson, J. G., Kay, B. J., Najera, L. G., & Stewart, G. (1997). Changes in empowerment: Effects of participation in a lay health promotion program. *Health Education & Behavior*, 24(4), 452-464.
- Brabender, V., Smolar, A. I. & Fallon, A. E. (2004). *Essentials of Group Therapy*. US. Hoboken, NJ : Wiley. eISBN: 9780471671572
- Broadhead W., Gehlbach S., Degruy F, Kaplan B. (1989). Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care*, 27, 709-723.
- Brown G. W., Harris T., (1978). Social origins of depression; A reply. *Psychological Medicine*; 8: 577-588
- Brown, G. W., Ban, M., Craig, T. K. J., Harris T. O., Herbert, J., & Uher, R. (2013). Serotonine transporter length polymorphism, childhood maltreatment, and chronic depression: A specific gene-environment interaction. *Depression and anxiety*, 30, 5-13.

- Brownstein J. N. (2008) Charting the course for community health worker research. *Prog Community Health Partnership*, 2, 177-178.
- Butler, T. & Fuhriman, A. (1983). Curative Factors in Group Therapy: A Review of the Recent Literature. *Small Group Research*, 14, 131-142
- Canning, S. S. (2011). Core assumptions and values in Community Psychology: A Christian reflection. *Journal of Psychology and Theology*, 39 (3), 186-199. doi 0091-6471/410-730
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Ecology*, 104, 107- 123.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychological Medicine*, 38, 300-314.
- Comaz-Díaz, L. (2006). Latino healing: The integration of ethnic psychology into psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 436-453.
- Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1987) . The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, 1, 37-67.
- Dalton, J. H., Elias, M. J. & Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking individuals and communities*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Díaz-Guerrero, R. (1961). *Estudios de Psicología del mexicano*. México: Antigua librería Robledo.
- Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S., Benjamín, G., Villanueva, T., & Cruz, L. M. (2011). Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana: Su exploración desde las creencias y las normas. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(2), 128-142
- Elias, M. J. (1987). Establishing enduring prevention programs: Advancing the legacy of Swampscott. *American Journal of Community Psychology*, 15, 539-553.
- Escovar, L. A. (1979). Analisis comparativo de dos modelos de cambio social en la comunidad. *Boletín Avepso* 3(1), 1-6.
- Findley, S. E., Matos, S., Hicks, A. L., Campbell, A., Moore, A. & Diaz, D. (2012). Building a consensus on community health workers' scope of practice: Lessons From New York. *American Journal of Public Health*, 102(10), 1981-1987
- Fisher, A. T., Sonn, C. C., & Bishop, B. J. (Eds.). (2002). *Psychological sense of community: Research, applications, and implications*. New York: Kluwer/Plenum.

- Fisher M. (2009). *The science of social reasoning and decision making: Foundations of a new social liberal theory*. Adelaide: University of Adelaide
- Fisher, M. & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 1057 – 1063
- Fonagy, P. (1996). Patterns of attachment, interpersonal relationships and health. In D. Blane, E. Brunner, & R. Wilkinson, *Health and social organization: towards health policy for the twenty-first century*, (pp. 125-151). New York/London: Routledge.
- Fowler P. J. & Toro P. A. (2008). Personal lineages and the development of community psychology: 1965 to 2005. *Journal of Community Psychology*, 36 (5), 626–648. doi 10.1002/jcop.20243
- Frohlich K. L. & Potvin L. (2008). Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221.
- Gamble, D., & Weil, M. (2010). *Community practice skills: Local to global perspective*. New York, NY: Columbia University Press.
- Gomez del Campo, J. F. (1993). El papel del no profesional en el desarrollo de la comunidad. En Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Argentina: Editorial Paidós.
- Gomez del Campo, J. F. (1994). *Psicología de la Comunidad: Perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones. Un punto de vista Humana*. Ciudad de México: Universidad Iberoamericana.
- Gracia- Fuster, E. (2011). Apoyo social e intervención comunitaria, en Fernández, I., Morales, J. F., & Molero, F. (eds.). *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao, España: Desclée De Brower.
- Gutiérrez, L. M. & Ortega, R. (1991). Developing Methods to Empower Latinos. *Social Work With Groups*, 14(2), 23-43.
- Hall, G. C. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 502– 510.

- Hammond, N. (2013). Developing a community psychology service in one local community through a practitioner-researcher pilot study, *Educational & Child Psychology* 30 (1), 50-60
- Hays, P. E. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hatzidimitriou, E. (2002). Political Ideology, Helping Mechanisms and Empowerment of Mental Health Self-help/Mutual Aid Groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 271-285. DOI: 10.1002/casp.681
- Helgeson, V. S., & Gottlieb, B. H. (2000). Support groups. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 221-245.
- Hillery, G. (1955). Definitions of community: Areas of agreement. *Rural Sociology*, 20, 779-791.
- Holahan, C., & Holahan, C. (1987). Self-efficacy, social support, and depression in aging: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 42, 65-68.
- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jack, D. C. (1999). Silencing the self: Inner dialogues and outer realities. En T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (221-246). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jack, B. A., Kirton, J., Birakurataki J., & Merriman, A. (2011). The Personal value of being a palliative care Community Volunteer Worker in Uganda: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 26(5) 753–759. DOI: 10.1177/0269216311413628
- Jason, L. A., Light, J. M., Stevens, E., & Beers, K. (2014). Dynamic social networks in recovery homes. *American Journal of Community Psychology*. doi:10.1007/s10464-013-9610-6.
- Kahssay, H. M., Taylor, M. E., & Berman, P. A. (1998). Community health workers: the way forward. World Health Organization.
- Keith, J. A., Verdelli, H., & Vousoura, E. (2011). Evaluating the clinical significance of depression treatment: Implications for Global mental health research. *International Journal of Mental Health*, 40, (3), 3–28. doi. 10.2753/IMH0020-7411400301
- Kelly, J. G., Ryan, A., Altman, B. E., & Stelzner, S. P. (2000). Understanding and changing social systems: An ecological view. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 133–159). New York: Kluwer.

- Koydemir-Özden, S. (2010). Self-aspects, perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *International Journal of Mental Health*, 39(3), 44–60. doi:10.2753/IMH0020-7411390303
- Kouyoumdjian H., Zamboanga B. L., & Hansen D. J. (2003). Barriers to community mental health services for Latinos: treatment considerations. *Clinical Psychology* 10, 394–422.
- Kral, M. J., Ramírez-García, J. I., Aber, M. S., Masood, N., Dutta, U., & Todd N. R. (2011). Culture and Community Psychology: Toward a renewed and reimagined visión. *American Journal of Community Psychology*, 47:46–57. doi 10.1007/s10464-010-9367-0
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Miranda, J., Krause, E., & Mete, M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy Research*, 18(5), 497-507. DOI: 10.1080/10503300802183678
- Kurtz, L. F. (1997). *Self-help and support groups: a handbook for practitioners*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Landers, S. N. (2011). Community Health workers- Practice and promise. *American Journal Of Public Health*, 101(12), 2198.
- Lara A., Navarro C., Navarrete L., Mondagon L., & Rubi A. (2003). Seguimiento a dos años de una intervención psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión en servicios de salud para población abierta. *Salud Mental*, 26 (3), 27-36.
- Lara M. A, Navarro C., & Navarrete L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Publica Mex*;46(5), 378-387.
- Lightburn, A. & Sessions, P. (2005). *Handbook of Community-Based Clinical Practice*. Cary, NC, USA: Oxford University Press
- Lueboonthavatchai, P. & Thavichachart N. (2010). Universality of interpersonal psychotherapy (IPT) problem areas in Thai depressed patients. *BMC Psychiatry* 10(87).
- Machin, J. (2010). Modelo ECO²: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. *EDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18 (12).
- Machín, J., Merlo, R., & Milanese, E. *Redes sociales y farmacodependencias. Aportes para la intervención*. México: Consejo Nacional contra las Adicciones y CAFAC. 2009
- McAvay, G., Seeman, T., & Rodin, J. (1996). A longitudinal study of change in domain-specific self-efficacy among older adults. *Journal of Gerontology*, 51, 243-253.

- Mankowski, E. S., Galvez G., Glass, N. (2011). Interdisciplinary linkage of Community Psychology and Cross-Cultural Psychology: History, values, and an illustrative research and action project on intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 47, 127–143. doi 10.1007/s10464-010-9377-y
- Marin, G. (1980). Hacia una Psicología Social Comunitaria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(001), 171-180.
- Markowitz, J. C. (2003). Interpersonal psychotherapy for chronic depression. *Journal Of Clinical Psychology*, 59(8), 847-858.
- Markowitz, J. K. (2010). IPT and PTSD. *Depression and anxiety*, 27, 879-881. DOI 10.1002/da.20752
- Markowitz, J. C., Bleiberg, H. P., & Skodol, A. E. (2007). Adapting Interpersonal Psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 103 – 116. DOI: 10.1080/09638230601182060
- Markowitz, J. C., Patel, S. R., Balan, I. C., Bell, M. A., Blanco, C., Yellow Horse Brave Heart, M., . . . , & Lewis-Fernandez, R. (2009). Toward an adaptation of interpersonal psychotherapy for Hispanic patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(2), 214-222
- Markus, H. R., & Hamedani, M. G. (2007). Sociocultural psychology: The dynamic interdependence among self systems and social systems. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology*. NY: Guilford Press.
- Martínez M. F. & García, M. (1995). La perspectiva en la conceptualización del apoyo social. *Revista de Psicología Social*.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara M. C., Benjet C., Blanco, J. J., Fleiz B. C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4) 1-16.
- Milanese, E. (2006) “Desarrollos en el tratamiento comunitario de la exclusión grave: Participación y protagonismo social de los gravemente excluidos”. Tercer Foro Internacional “Prácticas de inclusión social con consumidores de drogas. El derecho a tener Derechos. Popayán, Colombia, 23-25 de Noviembre 2005.
- Milanese, E. (2009). *Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave: Manual de trabajo para el operador*. México: Editorial Plaza y Valdes.

- Millán-González, R. & Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 375-388
- Mitchell, J. C. (1969). The concept and use of social networks, in J. C. Mitchell (ed.) *Social Networks in Urban Situations*, Manchester, UK: Manchester University Press
- Mitchell S. J. & Ronzio, C. R. (2011). Violence and other stressful life events as triggers of depression and anxiety: What psychosocial resources protect African American mothers? *Maternal and Child Health Journal*, 15, 1272-1281. Doi. 10.1007/s10995-010-0668-6
- Moch, P. & Barba, R. (1993). *Psicología comunitaria: Teoría y práctica de Transformación Social en Montero*, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Argentina: Editorial Paidós.
- Montero, M. (1982). *Fundamentos teóricos de la Psicología Social Comunitaria en Latinoamérica*. Boletín AVEPSO, 5, 15-22.
- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: Orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(003), 387-400.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Argentina: Editorial Paidós.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar*. Argentina: Editorial Paidós.
- Morí-Sánchez, M. P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14, 81-90
- Mufson, L. (2010). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT- A): Extending the reach from academic to community settings. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(2), 66–72. doi: 10.1111/j.1475-3588.2009.00556.x
- Mufson, L. H., Dorta, K. P., Olfson, M., Weissman, M. M., & Hoagwood K. (2004). Effectiveness research: Transporting Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) from the lab to school-based health clinics. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 251-261. Doi: 1096-4037/04/1200-0251/0
- Mufson, L.H., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573–579.
- Musitu, G. & Herrero, J. (2004). *Introducción a la Psicología comunitaria*. Barcelona, España: Editorial UOC.

- Neal, J. & Christens, B. D. (2014). Linking the levels: Network and relational perspectives for Community Psychology, *American Journal of Community Psychology*, 53, 314–323. doi 10.1007/s10464-014-9654-2
- Neal, J. W., & Neal, Z. P. (2013). Nested or networked? Future directions for ecological systems theory. *Social Development*, 22(4), 722–737. doi:10.1111/sode.12018.
- Newbrough, J. R. (1973). Community psychology: A new holism. *American Journal of Community Psychology*, 1, 201-211
- O'Donnell, C. R. (2006). Beyond diversity: Toward a cultural community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 37, 1–7.
- O'Donnell C. F. & Tharp, R. G. (2012). Integrating cultural Community Psychology: Activity settings and the shared meanings of intersubjectivity. *American Journal of Community Psychology*, 49, 22–30. doi 10.1007/s10464-011-9434-1
- Okazaki, S. & Saw, A. (2011). Culture in Asian American Community Psychology: Beyond the East–West binary. *American Journal of Community Psychology*, 47, 144–156. doi. 10.1007/s10464-010-9368-z
- Palomar, J. & Matus, L. (2012). Elaboración de una escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129-137.
- Patel V. & Kleinman A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin World Health Organization*, 81, 609-615.
- Patel V., Araya R., & Bolton P. (2004) Treating Depression in the developing world. *Tropical Medicine International Health*, 9, 539–41.
- Patel V., Chisholm D., Rabe-Hesketh S., Dias-Saxena F., Andrew G., & Mann A. (2003). Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomized, controlled trial. *Lancet*, 361, 33-39.
- Patel, V. & Sumathipala, A. (2001) International representation in psychiatric literature: surveys of six leading journals. *British Journal of Psychiatry*, 178, 406-409.
- Prez, J. E. (1999). Integration of Cognitive Behavioral and Interpersonal Therapies for Latinos: An argument for technical eclecticism. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29(3), 169-183.

- Rappaport, J. (1977). *Community Psychology: Values, research and action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121–148
- Rappaport, J., Seidman, E., Toro, P. A., McFadden, L. S., Reischl, T. M., Roberts, L. J., Salem, D. A., Stein, C. H., & Zimmerman, M. A. (1985). *Collaborative research with a mutual help organization*. *Social Policy*, 15(3), 12–24.
- Reay, R. Stuart, S. & Owen, C. (2003). Implementation and effectiveness of interpersonal psychotherapy in a community mental health service. *Australian Psychiatry*, 11(3), 284-289.
- Rein, M. (1965). Strategies of planned change. Paper presented at the meeting of the American Orthopsychiatric Association, New York, March 1965.
- Rogers, M.R., & Molina, L.E. (2006). Exemplary efforts in psychology to recruit and retain graduate students of color. *American Psychologist*, 61, 143–156.
- Roselló, J., & Bernal, G. (1996). Adapting cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depressed Puerto Rican adolescents. In E. D. Hibbs & P. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders* (pp. 157-185). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatment for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745.
- Rothman, J. (2008). Multi modes of intervention at the macro level. *Journal of Community Practice*, 15(4), 11–40. doi: 10.1300/J125v15n04_02
- Russell, A., & Edgar, I. R. (1998). *Anthropology of Community Care*, Florence, KY, E.U.A.: Routledge
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78.
- Sabir, B., Rahbar, M., Naeem, S., Gul A., Mubeen, S., & Iqbal, A. (2003). The effectiveness of counseling on anxiety and depression by minimally trained counselors. *American Journal of Psychotherapy*, 57(3), 324-336.

- Salgado-de Snyder, V. N., Diaz- Perez, M. J., & Gonzalez-Vazquez, T. (2002). Model of integration for the attention of mental health in rural population in Mexico. *Public Health*, 45(1), 19-26.
- Sanguinetti, Y. (1980). Factores esenciales de la metodología de investigación participativa de América Latina. Manuscrito presentado en la Reunión Nacional de Educación y Capacitación del Adulto para el Desarrollo Rural celebrada bajo los auspicios de CeNaPro y AMEDA, México, D. F.
- Schoenwald, S. K. & Hoagwood, K. (2001) Effectiveness, transportability, and dissemination of interventions: What matters when? *Psychiatric Services*, 52, 1190-1197
- Schueller, S. (2009). Promoting wellness: Integrating community and positive psychology, *Journal of Community Psychology*, 37, (7), 922–937. DOI: 10.1002/jcop.20334
- Schultz, A. J., Israel, B. A., Becker, A. B., & Hollis, R. M. (1997). It's a 24-hour thing... a living for each other concept: Identity, networks and community in an urban village health worker project. *Health Education and Behavior*, 24(4), 465–480.
- Seidman, E. (1988). Back to the future, community psychology: Unfolding a theory of social intervention. *American Journal of Community Psychology*, 16, 3–24. doi:10.1007/BF00906069.
- Serrano-García, I. (1990). Implementing research: Putting our values to work. En Patrick Tolan, Christopher Keys, Fern Chertok, & Leonard Jason.(Eds.) *Researching community psychology: Issues of theory and methods*.(págs.171-182). Washington D.C.: APA.
- Serrano-García, I. & Alvarez, S. (1992) Análisis comparativo de modelos conceptuales de la psicología de comunidad en Estados Unidos y America Latina (1960-1980). En Irma Serrano García & Wayne Rosario Collazo (Eds.) *Contribuciones Puertorriqueñas a la Psicología Social Comunitaria*. (págs. 19-74) Río Piedras, P.R. : Ed. Universitaria
- Serrano García, I., López, M. M., & Rivera- Medina, E. (1992) en I. Serrano García & R- Collazo (Eds.). *Contribuciones Puerto-riqueñas a la psicología social-comunitaria*, San Juan (Puerto Rico): EDUPR
- Serrano, R. H., Barba, R., Ahuja R., & Barreto, H. (1993). Propuesta metodológica de intervención comunitaria.
- Silverman, R. (2002). Review Essay: The culture of charity? *Qualitative Sociology*, 25(1), 159-163.

- Sleath B., Rubin R. H., & Huston S. A. (2003). Hispanic ethnicity, physician-patient communication, and antidepressant adherence. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 198–204.
- Solarz, A. (2000). President's column: Who are we? A little look at ourselves. *Community Psychologist*, 33(3), 4–5.
- Srnivasa M., (1998). The city of Bangalore, India. In D. Goldberg & G. Thornicroft (Eds.) *Mental Health in our future cities*. Hove, England: Psychology Press, pp. 77-100.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York: Wiley.
- Sue, D. W., Sue, D., & Sue, S. (1994). *Understanding abnormal behavior* (4th ed.). Boston: Houghton Mifflin.
- Tamura, T. & Lau, A. (1992). Connectedness versus separateness: Applicability of family therapy to Japanese families. *Family Process*, 31, 319–340.
- Tardy, C. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202.
- Thangadurai, P. P., & Jacob, K. S. (2014). Medicalizing distress, ignoring public health strategies. *Indian Journal Of Psychological Medicine*, 36(4), 351-354. DOI:10.4103/0253-7176.140698
- Tharp, R. G. (1991). Cultural diversity and treatment of children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 169-174.
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96, 506–520.
- Trickett, E. J., Beehler, S., Deutsch, C., Green, L. W., Hawe, P., McLeroy, K., Miller, R. L., Rapkin, B. D., Schensul, J. J., Schulz, A. J., & Trimble, J. E. (2011). Advancing the science of community-level interventions. *American Journal of Public Health*, 101, 1410-1419. doi:10.2105/AJPH.2010.300113
- Trickett, E. J., Kelly J. G., & Todd, D. M. (1972). The social environment of the high school: Guidance for individual and organizational redevelopment. In S. E. Golan, & C. Eisdorfer (Eds.), *Handbook of Community Mental Health*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Turner, R. J., & Turner, J. B. (1999). Social integration and support. In *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 301-319). Springer US.

- Ubillos & Molero (2011). Evaluación de programas en psicología comunitaria). en Fernández, I., Morales, J. F., & Molero, F. (eds.). *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao, España: Desclée De Brower.
- Verdeli H., Clougherty K., Bolton P., Speelman, S., Lilcoln, N., Bass, J., ..., & Weissman, W. (2003). Adapting group interpersonal psychotherapy (IPT-G) for a developing country: experience in rural Uganda. *World Psychiatry*, 2,114-120.
- Verdeli, H., Clougherty, K., Onyango, G., Lewandowski, E., Speelman, L., Betancourt, T. S., Neugebauer, R., Stein, T. R., & Bolton, P. (2008). Group interpersonal psychotherapy for depressed youth in IDP Camps in Northern Uganda: Adaptation and training, *Child Adolescent Psychiatric Clin N Am*, 17 605–624.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin, *Doing unto others*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(8), 553-557.
- Weissman M. M., Klerman G. L., Prusoff B., et al. (1981). Depressed outpatients: results one year after treatment with drugs and/or interpersonal therapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 51–55.
- Weissman, M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., et al. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 281, 1707–1713.
- Wolterstorff, N. (1987). Why care about justice? *Third Way*,10 (11), 22-25.
- World Health Organization (2003). Mental Health context. World Health Organization, Ginebra, 2003.
- World Health Organization (2004). Investing in mental health. Department of mental health and substance abuse. World health Organization (WHO). Ginebra, Switzerland. ISBN 924 356257 6.

World Health Organization (2008). The global burden of disease: 2004 update. Geneva (CH): WHO. Table 13. p 44.

Yalom, I. D., & Leszcz M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books: United States

Capítulo 3

Metodología

Debido al carácter comunitario de la investigación, la metodología tuvo que ser adecuada a varios factores: en primer lugar, y de modo prioritario, el carácter participativo y dialógico de los proyectos comunitarios, dentro de los cuáles el papel de la comunidad y los sujetos activos de la misma se vuelven fundamentales para la investigación, en segundo, la visión pragmática de la investigación, en donde la misma se vuelve un protocolo en función de la comunidad y con el fin de dar respuesta a sus necesidades, y no de modo inverso en los modelos experimentales tradicionales, en donde la población da respuesta a las necesidades de la investigación en particular, y el avance de la ciencia en general. Derivado de esto, otras limitaciones que dificultaron el apego al protocolo inicial fueron: el número de participantes iniciales y la tendencia a la muerte experimental presentada en esta comunidad, el carácter novedoso del modelo, cuya aceptación es todavía condicionada al conocimiento; la invalidación en la aplicación de los inventarios por cuestiones de analfabetismo, incompreensión, desconocimiento de medidas de evaluación tipo Likert, o muerte experimental.

Al ser una población en lista de espera para apoyo psicológico, la lista de participantes inicial presentó dos características descritas en los criterios de exclusión, la primera, por razones obvias, la modificación del número de contacto. Los sistemas de telefonía en la comunidad tienden a ser sistemas de prepago que de no mantenerse con un crédito prepago en un lapso mayor a un mes se cancela, reasignando el número. A decir de los mismos miembros y trabajadores de la Institución Casa Meneses, es frecuente que los habitantes de esta comunidad tienden a perder y modificar sus números de contacto por falta de pago, haciendo difícil dar seguimiento a los interesados en el mediano y largo plazo. En segundo lugar, ya que el lapso de tiempo de lista de espera a falta de recursos profesionales para dar respuesta a su solicitud de atención en psicología es de un lapso mínimo de seis meses, el número de sujetos con remisión fue alto, excluyéndolos de la participación en el protocolo original.

El protocolo de investigación se adecuó a uno mixto para poder dar cuenta de la investigación y dar respuesta a la pregunta de investigación empero el número de participantes, y voz a la comunidad en la que se trabajó, de modo consistente con el modelo comunitario. El objetivo general de la investigación valorado desde ambas metodologías es evaluar la viabilidad de un programa de orientación interpersonal grupal para el manejo de la depresión a través de

promotores comunitarios de salud mental de la Comunidad de Santa Fe con un entrenamiento exprofeso.

Finalmente, para dar respuesta integral desde las diferentes voces y momentos del proyecto se lograría a partir de 4 estudios interdependientes, un cuantitativo de análisis pre-post, y tres cualitativos, uno previo que considerara las motivaciones de los promotores comunitarios, otro durante, atendiendo el proceso de cambio en las intervenciones y otro posterior en la valoración que considerara las percepciones de los participantes (ver Anexo 1).

3.1. Investigación Cuantitativa

3.1.1. Objetivos

3.1.1.1. Objetivo General. Analizar la viabilidad de un programa de orientación interpersonal grupal para el manejo de la depresión a través promotores comunitarios de salud mental de la Comunidad de Santa Fe con un entrenamiento exprofeso.

3.1.1.2. Objetivos Específicos

- Estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en las medidas de sintomatología depresiva.
- Estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en las medidas de apoyo social.
- Estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en el sentimiento de autoeficacia.

3.1.2. Preguntas de investigación.

3.1.2.1. Principal. ¿Es viable un programa de orientación interpersonal grupal para el manejo de la depresión a través de promotores comunitarios de salud mental con un entrenamiento exprofeso de la comunidad de Santa Fe?

3.1.2.2. Secundarias

- ¿Existen diferencias significativas en las medidas de depresión, autoeficacia, percepción de apoyo social y redes sociales antes y después de la intervención de orientación interpersonal impartida por promotores comunitarios de salud de la comunidad de Santa Fe con entrenamiento ex profeso?
- ¿Habrá una disminución en los síntomas de depresión en los usuarios que participen en la orientación interpersonal impartida por los promotores comunitarios de salud?

- ¿Habrá una mayor percepción de apoyo social en los usuarios del grupo experimental sometidos a la orientación interpersonal impartida por los promotores comunitarios de salud?
- ¿Incrementará el sentimiento de autoeficacia en los usuarios que participen en la orientación interpersonal impartida por los promotores comunitarios de salud?
- ¿Se mantendrán los cambios en estudios longitudinales a 3 y 6 meses en los usuarios que participen en la orientación interpersonal impartida por los promotores comunitarios de salud?

3.1.3. Hipótesis.

Hipótesis de investigación 1 (H1) Luego de la intervención existirá una diferencia significativa al punto de corte de 14 evaluado a través del puntaje de Hamilton en el grupo experimental tras las 12 semanas de orientación interpersonal grupal.

Hipótesis de investigación 2 (H2) Habrá una mayor percepción de apoyo social en el grupo experimental tras las 12 semanas de orientación interpersonal grupal.

Hipótesis de investigación 3 (H3) El sentimiento de autoeficacia aumentará de manera estadísticamente significativa en los usuarios del grupo en orientación interpersonal tras las 12 semanas de orientación interpersonal grupal.

Hipótesis de investigación 4 (H4) Los cambios se mantendrán a los 3 y 6 meses luego de la orientación interpersonal grupal.

Hipótesis nula 1 (Ho1) Los resultados obtenidos en el post test en la escala de depresión de Hamilton mantendrá similitud estadística con la del pretest.

Hipótesis nula 2 (Ho2) Los resultados obtenidos en el post test en la escala de autoeficacia mantendrá similitud estadística con la del pretest.

Hipótesis nula 3 (Ho3) Los resultados obtenidos en el post test en la escala de apoyo social mantendrá similitud estadística con la del pretest.

3.1.4. Variables

Variable dependiente VD 1: Depresión

Variable Dependiente VD 2: Apoyo social

Variable Dependiente VD 3: Autoeficacia: o la creencia de que el individuo es capaz de afrontar la adversidad (Bandura, 1977).

Variable Independiente (VI): Modelo de orientación interpersonal grupal basado en la Terapia Interpersonal impartida por promotores comunitarios de salud mental comunitarios (IPT-G)

Las siguientes son dos variables extrañas que no pudieron ser controladas en su totalidad. Se tomaron algunas medidas para su control, incluyendo una supervisión semanal para la totalidad de los promotores comunitarios, y un monitoreo de las sesiones audio-grabadas utilizando la escala de Adherencia al modelo Interpersonal (Anexo E).

Variables extraña: Habilidad terapéutica

Variables extraña 2: Adherencia al modelo interpersonal

3.1.4. 1. Definición conceptual de las variables.

Variable Dependiente VD 1: Depresión. La Depresión es una enfermedad asociada a síntomas emocionales (llanto fácil, culpa, ansiedad), físicos (agitación psicomotora, insomnio, dolor, síntomas somáticos, pérdida de peso), y valoraciones cognitivas como desesperanza, indefensión o un empobrecido sentimiento de autoeficacia (Ruiz, Colín, Corlay, Lara & Dueñas 2007).

Variable Dependiente VD 2: Apoyo social. Funciones interpersonales relevantes al contexto de enfrentamiento. Estas se encuentran divididas en relacionadas a la asistencia y resolución de problemas (guía y alianza confiable o ayuda tangible) y no relacionadas a la asistencia. Estas últimas, aunque no relacionadas de manera directa en la resolución de problemas se estipula que sus efectos están mediados por procesos cognitivos como el incremento de autoeficacia. Estas incluyen confirmación del valor propio, lazos afectivos como apego e integración social y oportunidad de cuidar a alguien más o la sensación de que alguien más depende de uno (Cutrona & Russel, 1987).

Variable Dependiente VD 3: Autoeficacia: Variable cognitiva que es una valoración o visión optimista de las habilidades de uno mismo, creencia de que el individuo es capaz de afrontar la adversidad (Schwarzer & Scholz, 2000).

Variable independiente (VI): Modelo de orientación interpersonal grupal basado en la Terapia Interpersonal impartida por promotores comunitarios de salud mental comunitarios (IPT-G). Modelo de orientación basado en las premisas teóricas de la Terapia Interpersonal, enfoque basado en la evidencia que postula cuatro áreas de trabajo para la depresión a partir de una visión de la importancia que juegan las relaciones sociales en el inicio o mantenimiento de la

depresión. Las áreas de trabajo son: dificultades interpersonales, déficits interpersonales, duelo y cambio de roles.

3.1.4. 3. Definición operacional de las variables

Variable Dependiente VD 1: Depresión. Puntuaciones de la *Escala de Depresión Hamilton* (Hamilton Depression Rating Scale HAM-D) (Hamilton, 1967 adaptada al español por Ramos-Brieva, 1986) (AnexoB).

Variable Dependiente 2 VD2: Apoyo social. *Escala de apoyo social para adultos (EAS)* (Palomar, Matus & Victorio, 2013) (Anexo C).

Variable Dependiente VD 3: Autoeficacia. Puntuaciones del *inventario de autoeficacia*. (Schwarzer & Scholz, 2000) (Anexo D).

Variable Independiente (VI): Modelo de orientación interpersonal grupal basado en la Terapia Interpersonal manualizado, impartida por promotores comunitarios de salud mental comunitarios (IPT-G).

Presencia. Aplicación de las 12 semanas de orientación interpersonal manualizada (Anexo F). con duración de 120 minutos en intervalos de una semana impartido por promotores comunitarios de salud de la comunidad de Santa Fe capacitados en el enfoque interpersonal.

Ausencia. Falta de adherencia al manual de orientación Interpersonal grupal medido interjueces por medio de la escala de adherencia y calidad de Terapia Interpersonal (Stuart, 2011) (Anexo E).

3.1.5. Diseño cuantitativo. Estudio no-experimental, longitudinal con evaluación en cuatro momentos. La aplicación del pretest, una selección no aleatoria de los participantes a los grupos experimentales. Una evaluación post-test inmediatamente después de la semana 12 al final de la intervención y dos más a 3 y 6 meses luego de la intervención.

G1	O1	X	O2	O3	O4
G2	O1	X	O2	-	-

G: Selección basada en grupo por horario

G1: Grupo matutino

G2: Grupo vespertino

X: Orientación interpersonal grupal dirigida por promotores comunitarios de la salud

O1: Observación mediante la aplicación de las escalas de Hamilton, Escala de Apoyo Social y Escala de Autoeficacia una semana previo al inicio de la intervención

O2: Observación mediante la aplicación de las escalas de Hamilton, Escala de Apoyo Social y Escala de Autoeficacia en la semana 12 del inicio de la intervención a los grupos matutino y vespertino

O3: Observación mediante la aplicación de las escalas de Hamilton, Escala de Apoyo Social y Escala de Autoeficacia 3 meses después de la intervención al grupo matutino

O4: Observación mediante la aplicación de las escalas de Hamilton, Escala de Apoyo Social y Escala de Autoeficacia 6 meses después de la intervención al grupo matutino

3.1.6. Procedimiento

3.1.6.1. Participantes. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El programa fue dirigido a adultos de entre 18 y 70 años residentes de la comunidad del Pueblo de Santa Fe. Este se efectuó principalmente a partir de la técnica de bola de nieve por medio de *gatekeepers* de la comunidad de Santa Fe con quienes se ha iniciado la relación desde el pasado Agosto 2012. Se convocaron en total a 60 personas por medio del uso de la lista de espera de la Institución Casa Meneses, así como auto-referidas. Se incluyeron también a todos aquellos señalados por miembros de la comunidad identificados como posibles candidatos. Treintaiún personas asistieron a entrevista diagnóstica, que se realizó a partir de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría 5 (DSM-5). Una vez efectuada la entrevista inicial fueron asignados a la intervención de orientación Interpersonal matutina o vespertina de acuerdo a sus posibilidades de horarios.

Criterios de inclusión

- Edad de 18 a 80 años cumplidos al momento del inicio del estudio
- Habitantes de la comunidad de Santa Fe
- Diagnóstico de Depresión Clínica a partir de los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría 5 (DSM-5).
- Que se comprometan de manera voluntaria a asistir a las 12 semanas de intervención en uno de los grupos asignados.
- Que cuenten con datos de localización: teléfono o dirección.

Criterios de exclusión

- Abuso y dependencia a sustancias tóxicas.

- Evidencia de padecimiento comórbido: esquizofrenia, dependencia de sustancias psicotrópicas, alcohólicas.
- Otros trastornos del estado de ánimo: Trastorno Bipolar.
- Ideación suicida

3.1.6.2. Instrumentos

Escala de Hamilton (Hamilton, 1960, 1967). Es una escala unidimensional para medir intensidad de depresión en población adulta. Consiste en 17 ítems con un rango de puntuaciones de entre 0 y 54 en donde el punto de corte para depresión moderada es de 14, incrementando de modo positivo el nivel depresivo con el puntaje obtenido. Incluye ítems que valoran dimensiones diagnósticas del DSM-V y otros que incluyen sintomatología somática. Se considera el estándar de oro en las investigaciones con depresión (Helmreich, Wagner, Mergl, Allgaier, Hautzinger, Henkel, et al., 2012) (Anexo B).

Escala de apoyo social para adultos (EAS) (Palomar, Matus & Victorio, 2013).

Es una escala de apoyo social de tipo Lickert que integra 21 ítems agrupados en tres factores: Apoyo social (o percepción de contar con el apoyo de personas cercanas en caso de necesidad), Apoyo familiar y Apoyo de amigos desde dos dimensiones: apoyo práctico y percepción de apoyo. La evaluación sostiene que puntajes más altos indican mayor percepción de apoyo. La escala se desarrolló en 2013 con una muestra mexicana en estrato socioeconómico en desventaja y presenta niveles de confiabilidad (alfa de Cronbach entre .714-.948) y validez adecuados para la medición de variables en ciencias sociales (Anexo C).

La Escala de Autoeficacia Generalizada (Schwarzer & Scholz, 2000). Es una escala de percepción de autoeficacia generalizada desde los constructos cognitivos (creencia en la capacidad de afrontar el entorno), conductuales y adaptativos (confianza luego de enfrentarse a situaciones adversas). Consta de 10 ítems medidos de tipo Likert con mediciones en cuatro niveles, en donde a mayor puntuación se presumen mayores índices de autoeficacia generalizada.

Esta escala ha sido traducida a 28 idiomas, entre ellos el español de España (Espada, González, Orgilés, Carballo, & Piqueras, 2012; Sanjuan, Pérez, Bermudez, 2000), y Latinoamérica (Chavarrías & Barra, 2014; Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal, Polania, & Rodríguez, 2005) y validada en diversos países mostrando su aplicabilidad y validez transcultural (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005). Los estudios realizados con ella reflejan índices de consistencia interna de entre .79-.93 (Schwarzer, 1993) (Anexo D).

3.1.6.3. Escenario. Los grupos de intervención se llevaron a cabo en Casa Meneses en el salón de música I en distintos horarios procurando abordar la disponibilidad de los promotores comunitarios, así como de los promotores comunitarios voluntarios.

3.2. Investigación cualitativa

El proyecto cualitativo se realizó en tres fases, una previa al inicio del proyecto dirigido a los promotores comunitarios de salud (estudio 2) y otras dos posteriores a este para hacer una evaluación de la intervención a los participantes durante el proceso (estudio 3) y posterior al mismo (estudio 4).

3.2.1. Estudio 2: Evaluación a promotores comunitarios de salud comunitarios:

Factores motivadores e impacto de la promotoría

3.2.1.1. Objetivos específicos

- Reportar las motivaciones que pudiera tener el desempeñarse como promotor de salud mental comunitario en el pueblo de Santa Fe.
- Describir las visiones de las personas voluntarias acerca de su significado de vida y valor personal.
- Identificar el impacto percibido que ha tenido el ser promotor de la salud en las distintas áreas de vida de la persona.

3.2.1.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los factores que motivan a los promotores comunitarios comunitarios para la realización de labores voluntarias?
- ¿Cuáles son las características personales de los promotores comunitarios de salud voluntarios?
- ¿Cuál es el impacto personal y social de ser un promotor de salud voluntario en el Pueblo de Santa Fe?

3.2.1.3. Procedimiento

3.2.1.3.1. Participantes. Para el desarrollo de este proyecto se logró la identificación de promotores comunitarios de salud voluntarios o líderes comunitarios del Pueblo de Santa Fe por medio del personal que los capacita en el área de nutrición de la Institución Casa Meneses.

Criterios de inclusión:

- Ser voluntarios de Casa Meneses trabajando para el Pueblo de Santa Fe
- Adultos mayores de 18 años de sexo indistinto.
- Aceptar ser entrevistados por la investigadora y firmar el consentimiento informado.

Se les proveyó de un consentimiento informado (Anexo G) que abordó los temas de: confidencialidad, uso de datos personales, la voluntariedad de su participación, lo que les permitirá retirarse del estudio en cualquier momento si así desean hacerlo, así como posibles riesgos y beneficios de su participación.

Posterior a su consentimiento, se les realizó una entrevista focal que abordó los temas de motivación para ser facilitadores de salud, auto-concepto en relación a su rol voluntario, y el potencial impacto que han tenido o anticipan tener del rol como facilitadores de salud mental voluntarios (Anexo H).

Las entrevistadas fueron 7 mujeres y un hombre. Con excepción de una, todas ellas eran habitantes del Pueblo de Santa Fe. La entrevista se realizó en Casa Meneses.

3.2.1.3.2. Análisis de datos/análisis de la información. La información obtenida en los grupos focales se analizó por medio de una serie de pasos que permitieron el análisis del contenido. Primero se realizó una transcripción de las entrevistas para más adelante poder hacer un análisis de los temas generales abordados. A partir de estos, se codificaron por categorías, lo que permitió identificar los principales discursos presentados por los participantes en cuanto a motivación y barreras de la participación como facilitador de la salud, impacto percibido e impacto esperado de su labor voluntarios y vías de acceso al rol de promotor. Estos se clasificaron por medio del uso del programa Nvivo y se corroboraron con un investigador externo que confirmó la validez de la codificación elegida.

3.2.2. Estudio 3: Evaluación de proceso de cambio durante las sesiones de IP-G.

En contraste con la investigación basada en resultados, la investigación basada en procesos pretende dar luz a la forma en la que se dio el cambio en terapia, por lo que posterior a haber obtenido la visión de los participantes respecto al programa interpersonal, se cuestionó acerca del proceso de cambio de un grupo con altos niveles de adherencia al modelo bajo el mismo objetivo de evaluar la viabilidad de un programa de orientación interpersonal grupal para el manejo de la depresión a través promotores comunitarios de salud mental de la Comunidad de Santa Fe con un entrenamiento expofeso.

3.2.2.1. Objetivos específicos

- Describir el proceso de cambio de los participantes a partir de un análisis de los aspectos relevantes de su narrativa como fue recolectada a través de las sesiones del grupo de Orientación Interpersonal impartido por promotores comunitarios de salud mental en el pueblo de Santa Fe.
- Comparar los momentos innovadores de cada uno de los miembros del grupo que dieron cuenta al proceso de cambio terapéutico.
- Identificar el rol de los factores terapéuticos en el proceso grupal en el cambio de los participantes del programa de orientación interpersonal grupal.

3.2.2.2. Procedimiento

3.2.2.2.1. *Participantes.* Cuatro participantes del grupo de Orientación Interpersonal a lo largo de doce sesiones. Los participantes consintieron ser grabados durante las sesiones (Anexo10), por medio de las cuáles se dio seguimiento a su proceso de cambio, así como el apego al modelo por parte de las promotoras de salud. Se describe cada uno a continuación:

El señor Toño, masculino de 62 años, habitante del pueblo de Santa Fe, pensionado por incapacidad debido a un problema de salud hace quince años. Padre de dos hijas, vive con su esposa, una de sus hijas y su nieta. Se presenta a buscar apoyo pues “llora muy fácil” y “se siente muy solo.” Se conceptualiza dentro del área de disputas interpersonales en la relación con su esposa que comenzaron alrededor del momento del inicio de enfermedad, cuando ella tuvo que tomar el rol de proveedora económica y cuidadora.

La señora Ivonne, femenina de 47 años, habitante del pueblo de Santa Fe, nutrióloga de profesión, se ha dedicado al hogar desde hace 17 años. Vive con su esposo y sus dos hijos adolescentes. Se presenta a Casa Meneses buscando apoyo psicológico pues “siente que padece depresión” desde la desaparición de su hermano y un sentimiento de aislamiento tanto dentro como fuera de casa. Se identifica; sin embargo, las disputas interpersonales como el área de trabajo ya que se vincula la sintomatología depresiva con el inicio de las peleas con su hija; adicionalmente se señala el duelo como un área de trabajo alterna en relación con la desaparición de su hermano hace dos años.

El señor Luis., masculino de 41 años, habitante del pueblo de Santa Fe, trabajador del sistema colectivo metro en la Ciudad de México. Divorciado, vive con su actual pareja y su hijo de un año. Se presenta a pedir apoyo como parte del requisito legal en el proceso de lucha por la

custodia de sus dos hijos del primer matrimonio. Se clasifica dentro del área de disputas interpersonales al vincular el detonante de su situación actual de vida a partir de la infidelidad que llevó a la separación de su exesposa, M.

El señor Jesús., masculino de 60 años, habitante del pueblo de Santa Fe, trabaja en el área de diseño, construcción y decoración de interiores. Padre de dos hijos en edad adulta temprana, su esposa falleció dos meses antes de pedir el apoyo en Casa Meneses. Se conceptualiza, por ello, en el área de duelo, ya que su sintomatología depresiva comenzó a partir de la muerte de su esposa.

3.2.2.2.2. *Análisis de datos: Metodología narrativa.* De acuerdo con Neimayer (2004), las narrativas personales se definen como aquellas estructuras que integran la traída cognición, emoción y conducta que organiza las micro-narrativas de la vida diaria dentro de la macro-narrativa que establece la personalidad y el entendimiento del ambiente en el que se desenvuelve el hombre y lo vincula en el mundo social. La incapacidad de hacer sentido o asimilar eventos de vida estresantes o percibidos como abrumadores tiene el riesgo de hacer de esta nueva narrativa la dominante en la vida del individuo, la incapacidad continua de restablecer una visión esperanzadora incrementa los riesgos de desarrollar sintomatología depresiva (Holland, Currier, Coleman, & Neimeyer, 2010; Neimeyer, 2006).

A diferencia de los modelos psicodinámicos, cognitivos, o conductuales, este modelo no asume una patología o disfunción interna (inconsciente, cognitiva o conductual), sino que propone nuevas maneras de actuar, pensar o sentir para que el mismo paciente sea quien inicie el cambio (Gonçalves, Ribeiro, Matos, Mendes, Santos, 2009). Esto parece consistente con el modelo interpersonal y la psicología comunitaria en tanto que busca que sea el mismo individuo quien al entenderse desde una visión diferente, actúe y piense de una manera alterna de modo eficaz y empoderada (estado intencional o autoeficaz).

Técnica de Análisis narrativo de Momentos innovadores. Inspirado en el modelo de momentos únicos de White y Epston (1990), en el modelo de momentos innovadores (MI), el proceso de cambio en terapia se logra a partir de una reconstrucción de la narrativa que se da en diferentes momentos, a partir de actuar, percibir o sentirse de modo inconsistente con el estado actual problemático (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012). Aunque este modelo por su naturaleza no ofrece una posibilidad de análisis causal, sí ofrece una alternativa cualitativa de análisis de estadios de cambio de modo detallado y con antecedentes sólidos en estudios con

modelos de terapia centrada en la persona (Gonçalves, Mendes, Cruz, Ribeiro, Angus & Greenberg, 2012), constructivista (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012), narrativa (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009), o enfocada en emociones (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010).

De acuerdo a este modelo, el proceso de cambio evidenciado en la narrativa del paciente se analiza a partir de cinco pasos (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012):

MI de acción. Son conductas divergentes a aquellas esperadas para la auto-narrativa problemática actual.

MI reflexión. Momentos en los que el participante logra comprender algo novedoso que crea disonancia con la narrativa personal existente.

MI protesta. Conductas y pensamientos que expresan una inconformidad con la narrativa actual, evidenciando una posición más proactiva activa que denota un proceso más avanzado.

MI de reconceptualización. Proceso metacognitivo que denota una triada en la autodescripción del participante desde tres momentos, el sí mismo en el pasado bajo una narrativa problemático, el sí mismo en este proceso de transformación y un entendimiento del proceso que ha llevado a esta disonancia.

MI de crear el cambio. Conductas, pensamientos que denotan de modo tangible un cambio cognoscitivo y narrativo representando el proceso de cambio hacia un futuro con metas, objetivos que devienen de la nueva narrativa.

3.2.2.2.3. Recolección y análisis de datos. Con el fin de conocer el proceso de cambio y algunos de los factores asociados a los mismos, las sesiones se grabaron para luego a partir de una metodología de análisis narrativo poder identificar el proceso descriptivo personal y de las redes de los participantes en el programa y su relación al proceso de cambio, así como la reconstrucción del mundo de significados del individuo a partir del diálogo en el grupo. Las sesiones se grabaron y analizaron por medio del uso de la herramienta Atlas- Ti en donde fueron codificadas a partir del modelo de MI para identificar los momentos que surgieron en los participantes de un grupo de Orientación Interpersonal impartida por promotores comunitarios de salud mental.

Cada sesión fue codificada de manera independiente. Si bien se propone hacer un análisis cuantitativo porcentual del número de palabras asociadas a la fase de MI frente al número de palabras totales de la transcripción, se decidió realizar un análisis general de la sesión con

respecto a los 2 a 4 participantes de la sesión con el fin de valorar los diferentes MI durante las 12 sesiones. Es decir, se calculó el índice de énfasis global en la totalidad de la terapia y por cada una de las categorías de MI.

Las sesiones fueron analizadas de modo secuencial considerando el diálogo y la trascendencia de las transacciones y aportaciones de los miembros del grupo dentro de la sesión de acuerdo a la propuesta de Neimeyer (2002). Es relevante señalar que la sesión número 1 de presentación se perdió por cuestiones pragmáticas en cuanto al uso de la grabadora por parte de las promotoras.

3.2.3. Estudio 4: Evaluación posterior del programa OIP-G.

Siguiendo el mismo objetivo general, éste se extendió hacia un valorar, junto con los participantes, la viabilidad del modelo con base en la adecuación a las necesidades personales y de la comunidad por medio de combinar la experiencia de los participantes dentro del grupo de Orientación interpersonal impartido por promotores comunitarios de salud mental.

3.2.3.1 Objetivos específicos

- Identificar los momentos clave recordados por los participantes como propulsores de cambio dentro del grupo
- Definir el rol del promotor, así como su viabilidad en la impartición del modelo de orientación interpersonal desde la mirada de los participantes del grupo.
- Ubicar el impacto del proceso de orientación interpersonal en su capacidad de crear, identificar, fortalecer o mantener sus relaciones interpersonales.

3.2.3.2. Pregunta de investigación. ¿Cuál es la experiencia de los participantes del programa comunitario de Orientación Interpersonal impartido por promotores comunitarios desde un discurso anecdótico valorativo?

3.2.3.3. Procedimiento

3.2.3.3.1. Participantes. Se convocó a los participantes de los 3 grupos que hubieran vivido la experiencia de la intervención por medio de una invitación telefónica al final de las doce sesiones del programa de Orientación Interpersonal para que participaran en la entrevista en donde se habló de su experiencia dentro del programa.

Los participantes, actores activos dentro de la investigación, se seleccionaron bajo los siguientes criterios de inclusión:

- Residentes de la comunidad de Santa Fe.
- Beneficiarios del grupo OIP-G impartido por promotores comunitarios de salud mental con entrenamiento exprofeso dentro de Casa Meneses.
- Consentimiento para ser entrevistados y grabados. Esto con el fin de poder escuchar y rescatar las diversas visiones y experiencias de su vivencia, así como los efectos percibidos de esta y las experiencias clave recordadas por los usuarios.

3.2.3.3.2. *Análisis de datos: Metodología fenomenológica.*

Como señalan Blat y Auerbach (2003) en la investigación de eficacia terapéutica, el enfoque centrado en reducción sintomatológica revelará poco acerca de la naturaleza del cambio terapéutico (p. 269). Es por esto que al querer analizar las visiones de las personas de la Comunidad de Santa Fe hacia la vivencia subjetiva acerca del grupo para el manejo de la depresión, se utiliza una metodología cualitativa, particularmente el método fenomenológico, ya que éste permite hacer un análisis de las experiencias y las visiones de las personas, así como los aspectos simbólicos de éstas experiencias y visiones.

Como parte del proyecto mayor, se buscó enriquecer los resultados obtenidos desde una metodología cualitativa al conocer la experiencia de los participantes acerca de un modelo teórico poco estudiado con población mexicana radicando en el país, mediante la aplicación de una entrevista a profundidad luego de la intervención para conocer la experiencia subjetiva de los participantes acerca del fenómeno terapéutico.

La suposición general de la metodología narrativa es que ésta da espacio a que los individuos construyan su propia red de significados a partir de la manera en la que construyen su historia (Mishler, 1986). Se entiende que la formación de historias, siendo una de las funciones básicas de la cognición es la que organiza la experiencia del ser humano y da sentido a sus actos y creencias, procurando hacerlo desde una secuencia de causa-consecuencia (Salvatore, Dimaggio & Semerari, 2004). Se entiende, a partir de esta metodología, que la misma red de significados es interdependiente del contexto en el que se desenvuelven los personajes: la historia, la cultura, la experiencia y el entendimiento de su ser en el mundo (Etherington, 2004). La metodología narrativa, asimismo, atiende a las necesidades de la historia del narrador, quien es quien hace las relatorías (Holloway & Jefferson, 2000).

Todo proceso de investigación fenomenológica requiere de la descripción del fenómeno desde una perspectiva narrativa, así como desde la descripción del fenómeno (Guedes & Moreira,

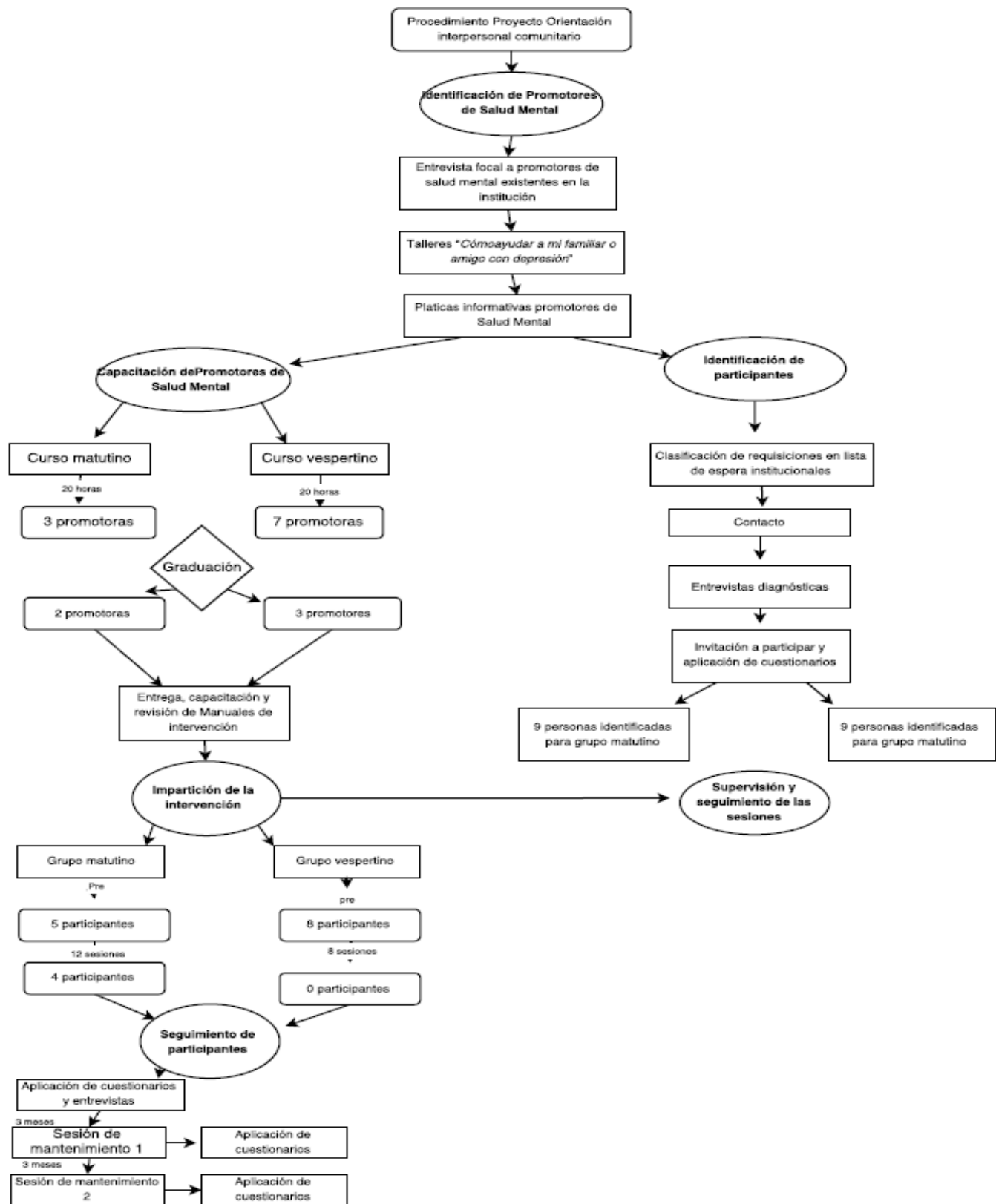
2009). En el análisis para este trabajo, se analizó la narrativa desde un nivel consciente proposicional, o interactivo-verbal, enfocado en el discurso consciente del participante (Salvatore, Dimaggio & Semerari, 2004) y no en el análisis del nivel pre-narrativo que tiene un enfoque en los significados inconscientes del lenguaje.

3.2.3.3.3. Recolección y análisis de datos. Los datos se obtuvieron a partir de la técnica de entrevistas semi-estructuradas que realizaron en Casa Meneses en su totalidad en horarios que convinieran a los participantes acordada vía telefónica con cada uno de los participantes posterior al cierre del grupo. Cada entrevista tuvo una duración de entre una hora y 1 con 45 minutos.

Si bien se desarrolló una guía de entrevista (Anexo M y N) con el fin de abordar temáticas que se consideran relevantes para el objetivo principal de la investigación “Conocer la viabilidad de un programa de orientación interpersonal para el tratamiento de la depresión en el pueblo de Santa Fe, Ciudad de México,” como investigadora interesada en escuchar la experiencia sin sesgos, así como mantener el principio de curiosidad y desconocimiento en el que se basa la investigación cualitativa la entrevista giró principalmente en torno a una pregunta principal “¿Cuál fue su experiencia en el grupo?” Consistente con la propuesta de Ethrington & Bridges (2011) la apertura a este espacio dialógico también se hizo evidente en brindar la decisión a los entrevistados en los diferentes caminos en los que decidían responder a las preguntas, muchos de los mismos buscando, al mismo tiempo, un espacio de contención y escucha en el mismo proceso de la entrevista.

Los datos se analizaron a partir de diferentes pasos: Se realizó una transcripción de las entrevistas para más adelante poder hacer un análisis de los temas generales abordados. A partir de estos, se codificaron por categorías, lo que permitió identificar y comparar los principales discursos presentados por los participantes. Estos se clasificaron por medio del uso del programa Atlas-Ti y se corroboraron con un investigador externo que confirmó la validez de la codificación elegida.

Fig. 3.1. Procedimiento de la investigación



3.3. Procedimiento de la investigación

En el presente proyecto de investigación se propone a adaptación de la versión grupal de la Terapia Interpersonal a la población mexicana y su implementación por promotores comunitarios de salud mental de la comunidad de Santa Fe entrenados ex profeso. El proyecto se desarrolló en cuatro momentos, mismos que se describen a continuación:

3.3.1. Primer momento: Identificación de Promotores comunitarios de Salud Mental

Consistente con el modelo de salud mental comunitaria, el proyecto pretende la auto-sustentabilidad de la comunidad por medio de una participación activa de los miembros y el uso de los recursos presentes en la comunidad (Serrano-García, 2002), por lo anterior, el primer momento del proyecto fue la detección y familiarización de líderes comunitarios interesados en tomar una capacitación para fungir como promotores comunitarios de Salud Mental en Casa Meneses para llevar a cabo este proyecto. Para lo anterior, se realizó una entrevista focal a los Promotores comunitarios de Salud existentes en la Institución, indagando acerca de sus motivaciones para hacer un trabajo voluntario, sus características personales, así como el impacto que habían tenido desde el rol de promotor de la salud en la comunidad. Esta entrevista dio luz a las características que compartían los actuales voluntarios, así como las ganancias personales que les mantiene motivados en su rol de voluntarios.

Posterior a esto se impartieron dos talleres en Casa Meneses con el título: “*Cómo ayudar a mi familiar o amigo con depresión*” para valorar la relevancia y el interés en el proyecto de promotoría en salud mental, particularmente en el apoyo a personas identificadas como melancólicas, deprimidas, en situación de duelo o viviendo situaciones adversas. El taller fue gratuito, de duración de dos horas, y se impartió uno en el turno matutino y otro en el turno vespertino, donde se habló de los siguientes temas:

- Relevancia del trabajo con depresión
- Identificación de la sintomatología depresiva
- Identificación de señales de riesgo
- Psico-educación en psicofarmacología para la depresión
- Expectativas de tratamiento
- Técnicas de activación conductual, estilos de vida saludables, vinculación de redes interpersonales, identificación y expresión emocional.
- Vinculación con instituciones comunitarias

El objetivo de dichos talleres fue conocer acerca del interés en el tema, la disposición de ayuda, la prevalencia del problema, así como comenzar un momento de diálogo acerca de la presentación, tratamientos usuales y vías de recuperación o tiempo de prevalencia del diagnóstico depresivo. Al final de cada taller se contestaron preguntas, se tomó asistencia y se hizo la primer promoción al curso de Promotor de Salud mental. Un total de 24 personas asistieron a este taller y aproximadamente 60% comentó estar interesados en el curso intensivo, dejándome sus datos de contacto. Anexo 1 (Póster)

Posterior a esto, el día 30 de enero de 2015 se realizaron se abrieron dos pláticas informativas a los interesados en el curso de “Promotores comunitarios de Salud Mental” de Casa Meneses. La convocatoria fue por medio de llamadas telefónicas se invitó de modo personal a los asistentes del taller “*Cómo ayudar a mi familiar o amigo con depresión,*” así como por medio de carteles en Casa Meneses. Se dieron dos pláticas informativas, una matutina y otra vespertina, para aquellos interesados en el curso de Promotores comunitarios en Salud mental para depresión. En estas se explicó en qué consistía el curso, cuáles eran las expectativas para aquellas personas que acudieran, el número de horas que requería tanto el curso como la intervención práctica, el material de trabajo que se les daría y algunos beneficios encontrados en las entrevistas focales a los actuales promotores comunitarios en Casa Meneses. Se contestaron preguntas y se tomó asistencia y datos.

Un total de 14 personas asistieron a estas pláticas.

Para la decisión final, los individuos interesados debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser habitantes del pueblo de Santa Fe
- Sexo indistinto
- Aceptar de manera voluntaria a capacitarse en Orientación Interpersonal
- Aceptar mantener contacto con la supervisora del proyecto de modo semanal para asegurar adherencia al modelo
- Comprometerse a impartir 12 sesiones de Orientación Interpersonal ininterrumpida

3.3.2. Segundo momento: Capacitación de Promotores comunitarios de Salud Mental en el modelo OIP-G y reclutamiento de beneficiarios al programa (participantes de investigación).

La capacitación fue de modo gratuito y se impartió en dos grupos: uno matutino y uno vespertino, cada uno de ellos consistió en 20 horas de curso teórico intensivo. A cada uno de los asistentes se les entregó un manual de Capacitación, mismo que se les daría de modo definitivo únicamente al finalizar las 20 horas de entrenamiento teórico.

Temas revisados en la capacitación

- Identificación y sintomatología del paciente deprimido
- Bases teóricas del Modelo Interpersonal
 - o Historia y antecedentes teóricos
 - o Fundamento y evidencia empírica
 - o Cuatro áreas de trabajo desde el modelo interpersonal: Duelo, conflictos interpersonales, déficits interpersonales y transición de rol
 - o Cuatro fases del trabajo interpersonal
 - Fase inicial o evaluación
 - o *Diagnóstico colaborativo*. Elaboración de la formulación interpersonal a partir de la vinculación de los síntomas con las áreas de trabajo o los problemas interpersonales y el apoyo social.
 - o Revisión y discusión de las áreas a trabajar
 - o Formulación de un enfoque de la depresión. Identificación del paciente deprimido y la naturaleza de la depresión.
 - o Negociación del contrato interpersonal.
 - Fase media o de intervención
 - o Evaluación continua de sintomatología depresiva
 - o Habilidades de orientación básicas: escucha, atención al afecto, empatía, calidez, capacidad de estructurar la sesión.
 - Exploración no directiva
 - *Reconocimiento de apoyo*. La capacidad de explorar usando preguntas abiertas o expresiones verbales y no verbales que fomenten el establecimiento de una relación de trabajo de exploración y escucha.

- *Extensión del tema discutido.* La habilidad para identificar temas clave en el desarrollo de la narrativa del paciente y hacer preguntas para su desarrollo.
- *Silencio receptivo.* La capacidad de mantener un espacio de trabajo donde el paciente se sienta escuchado.
- Exploración directiva
 - Uso de preguntas para la profundización en un tema particular.
 - Aplicación e interpretación del Inventario Interpersonal
- Técnicas generales de la Orientación Interpersonal
 - *Habilidades para el manejo emocional del paciente.* El terapeuta interpersonal persigue tres objetivos en el trabajo emocional del paciente: En primer lugar, busca ayudar al paciente a identificar y aceptar las emociones causadas por eventos de vida que están fuera del control del paciente; usar las respuestas emocionales del paciente para mejorar las relaciones interpersonales actuales, y por último el desarrollo de nuevas emociones y afectos deseables que promuevan el enriquecimiento y crecimiento del paciente.
 - *Clarificación.* La capacidad de reconocer y traer a consciencia el material emocional y discursivo del paciente. Es pedir a los pacientes que replanteen, reformulen o repitan las expresiones dadas previamente.
 - *Análisis de la comunicación.* Se utiliza para identificar las fallas potenciales que tiene el paciente al participar con las personas, lo que puede causar conflictos o malentendidos. Los errores más comunes consisten en:
 - *Comunicación indirecta o ambigua*
 - *Reconocimiento incorrecto de la comunicación del otro*
 - *Inferencia errada de que el otro entendió lo que fue dicho.*
 - *Silencio* que nulifica la posibilidad de comunicación.
- Técnica de relación interpersonal con el terapeuta y los demás miembros del grupo. Donde se fomenta la relación que se crea en la relación terapéutica como

modo de desarrollar nuevas y más eficaces maneras de relacionarse con los demás por medio de una retroalimentación abierta.

- Identificación de técnicas y tareas asociadas a cada área de trabajo
- Técnicas conductuales:
 - *Alteración conductual*. Técnica directiva que se basa en modelamiento, educación o capacidad de resolución de problemas.
 - *Análisis de decisiones*. técnica directiva que fomenta la toma de decisiones informada, por medio del análisis de diversas posibilidades y sus consecuencias previas a la acción.
 - *Juego de roles*. Se utiliza con el apoyo del grupo. Sus objetivos son: que el paciente ensaye diferentes modos de conducta interpersonal, que sea capaz de empatizar con la situación, los sentimientos y la postura de la persona en la vida del paciente.
 - **Final o de terminación**
 - Identificación de estrategias para la evaluación del tratamiento
 - Identificación colaborativa de las estrategias para la prevención de las recaídas
 - **Fase de mantenimiento**
 - Habilidad de evaluar y mantener los beneficios obtenidos durante el proceso.
 - Teoría de grupos

Bases prácticas y aplicación del modelo en la intervención grupal a partir de una capacitación teórico-práctica por medio del uso de audiovisuales, juego de roles, auto-aplicación de las conocimientos y tareas en casa al final de cada día de trabajo. Se evaluará el aprendizaje a partir de una evaluación dentro de un juego de roles utilizando la escala de adherencia y calidad de Terapia Interpersonal (Stuart, 2011), misma que evalúa la adherencia al modelo interpersonal y la adquisición de las habilidades básicas.

Grupo de capacitación vespertino. 9 al 20 de Febrero 2015.

Se impartió a 7 promotores comunitarios. Las edades oscilaron entre los 14 y los 65 años. En general, todos ellos asistían como actividad fuera de sus labores cotidianas académicas y ocupacionales. Tres de ellos estudiantes, 3 de ellos con carreras técnicas y una persona desempleada.

El porcentaje de asistencia general fue de entre el 60-80%, Las inasistencias se dieron por motivos académicos y profesionales en su mayoría (tener que cubrir horarios extra en el trabajo, o exámenes). Sin embargo el 100% concluyeron el módulo teórico, recibiendo el manual de capacitación de modo definitivo. Posterior a la capacitación teórica realizamos 4 grupos de trabajo de dos horas con una frecuencia semanal en donde se analizaron y practicaron casos prácticos por medio de viñetas clínicas y ejemplos personales. Esto último con el fin de mantener el contacto y los conocimientos en el tiempo que mediaba entre el fin del curso y el inicio del grupo vespertino que dirigirían.

Grupo de capacitación matutino. 16 al 27 de Febrero, 2015.

Se impartió a 3 promotoras. Mujeres, líderes comunitarias dedicadas al hogar. Una de ellas había sido promotora de salud previamente en el área de Nutrición de Casa Meneses; sin embargo, asistía a este curso esperando poder beneficiarse de modo personal de los conocimientos dado que pasaba por un periodo de depresión ella misma. La segunda, líder de un proyecto en la Iglesia del Pueblo, buscaba beneficiarse del curso para utilizar los conocimientos en un grupo para parejas que dirige como apostolado. La tercera, trabajadora social con licenciatura trunca, entró al grupo en un periodo de transición personal y disputas con la pareja, con el interés de mantenerse activa luego de haber dejado su trabajo al momento de embarazarse la primera vez y prevenir una depresión.

A todos los promotores comunitarios de ambos grupos se les pidió contestaran un cuestionario de motivación, y que entregaran firmado un *Consentimiento informado para promotoras de salud mental* (Anexo 7).

Durante la capacitación, se fue valorando la viabilidad de este modelo (Modelo Interpersonal de Weissman, Klerman y Paykel) para la comunidad del Pueblo de Santa Fe, por medio de ejemplos, aplicaciones para la vida diaria, reflexión de su propia experiencia, ejercicios prácticos y reflexiones a casa de características como “¿Cómo funcionaría en tu casa si hicieras...?” Los contenidos del curso parecían resonar con la experiencia personal de los participantes, muchos de los cuales habían padecido depresión ellos mismos, comentando que esto les hubiera funcionado a ellos o les estaba sirviendo aprenderlo. No obstante, se concluyó que este modelo pudiera no ser viable para niveles de depresión severos en donde existiera ya pensamiento, ideación o planeación de muerte. Se definieron centros de referencia para estos casos particulares.

Entrevistas diagnósticas a beneficiarios. 30 de Enero a 8 de Abril.

Se involucró a todas las personas referidas por la Institución Casa Meneses que habían buscado asistencia para el manejo de depresión y ansiedad y se encontraban en la lista de espera. Se llamó a cada una de ellas pudiendo concretar entrevistas con 70% de ellas.

Se realizaron un total de 25 entrevistas diagnósticas, adicionalmente a cinco que no se presentaron. Cada una de las entrevistas tuvo una duración de aproximadamente 1 hora, en donde:

1. Se valoraba por medio de un cuestionario que cubriera los criterios de inclusión y no tuviera criterios de exclusión (Anexo 9).
2. Se aplicaban los inventarios:
 - a. Escala de Depresión Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale HAM-D) (Hamilton, 1967 adaptada al español por Ramos-Brieva, 1986).
 - b. Escala de Apoyo Social para adultos (EAS) (Palomar, Matus & Victorio, 2013).
 - c. Escala de Autoeficacia Generalizada (Schwarzer & Scholz, 2000).
 - d. Formato de entrevista de entrada de Casa Meneses
3. Se daba una breve explicación de la intervención, el número de sesiones y la duración de éstas, el rol de los promotores comunitarios, mi rol como participante comunitaria. }
4. Se les entregaba en copia un *consentimiento informado para participantes* (Anexo J). Uno para regresarme firmado y uno para uso personal, en donde se anexan datos de contacto en caso de preguntas previas o durante las reuniones del grupo.

Al final se invitó a 9 personas al grupo de atención Interpersonal matutino y a 9 al grupo vespertino. Las otras seis fueron registradas nuevamente a la lista de espera por razones como: Deseo de acudir a sesiones individuales (n=3) (“me cuesta trabajo confiar en los demás” “no creo en los grupos” “de todos modos comparto todo, no quisiera compartir mi tiempo en un grupo”), falta de disponibilidad de tiempo en los horarios de Casa Meneses (n=1), deseando tener una atención individualizada durante el fin de semana, incapacidad de contactarlos nuevamente luego de la entrevista (n=2).

Los resultados obtenidos en los inventarios, así como en las entrevistas diagnósticas fueron archivados y computados en un paquete estadístico SPSS. Sin embargo, durante la aplicación y el análisis de los resultados (independientemente del reducido número de la muestra) se obtuvo información relevante al proyecto original que de modo consistente con un trabajo

comunitario, se deberá plantear la posibilidad de modificarlo de acuerdo a las necesidades de la comunidad. En el caso de la aplicación de inventarios se observó que:

- A) La complejidad de los instrumentos, así como su extensión pudieron haber dificultado la respuesta de los participantes con niveles educativos menores, así como aquellos no socializados con escalas Likert y medidas de evaluación estandarizadas, evidenciado en preguntas durante la aplicación como “¿A qué se refiere esta pregunta?” o por la devolución de los inventarios con el 50% en blanco.
- B) Los inventarios no reflejaron la riqueza del discurso obtenido durante entrevistas en la que se obtuvo, si bien someramente, información y parte de la fenomenología del proceso interpersonal del sujeto, la etiología de su depresión, la vivencia dentro de una comunidad con un alto número de estresores psicosociales, las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta ese momento, y las barreras personales, familiares y socio-políticas que obstaculizan su mejoría.

3.3.3. Tercer momento: Impartición de la intervención por medio de OIP-G en Casa

Meses

Previo al inicio del grupo, se entregó y revisó junto con los promotores comunitarios un *Manual de intervención por sesiones* (Anexo F) con base en lo visto en el módulo teórico. Esto con el fin de incrementar los niveles de adherencia al modelo; promover seguridad personal al seguir un protocolo estructurado de manejo grupal; eficientar los tiempos dedicados al trabajo con los beneficiarios de las diferentes áreas de trabajo interpersonal y asegurar la característica de temporalidad breve de doce sesiones. Asimismo, se sostuvo una reunión con los líderes con el fin de hacer una breve reseña de los participantes, así como una revisión de las áreas de trabajo interpersonal desde una visión teórica y clínica. Durante estas reuniones se hizo entrega de una grabadora de voz y se capacitó en su uso con el fin de poder dar seguimiento a los participantes y otorgar una supervisión fundamentada.

Impartición de la intervención

Grupo Matutino. 6 de Marzo a 5 de Junio 2015. El primer grupo, con duración de dos horas se reunió los días viernes de 10:00am a 12:00pm. Estuvo dirigido por dos promotoras que concluyeron de modo satisfactorio la capacitación teórica: Guadalupe Luna Laza y Mariana Román Ruiz. En este grupo se invitaron originalmente a 9 participantes; sin embargo, el primer día asistieron cuatro personas, sumándose una quinta en la segunda sesión y que abandonó el

grupo 3 sesiones posteriores a ésta. El grupo tuvo un desarrollo constante, promovido por los altos niveles de motivación de ambas promotoras, mismas que de modo creativo realizaron variaciones al manual, manteniendo una adherencia al modelo teórico. Algunos ejemplos son:

- Para la segunda sesión entregaron separadores de libros con las frases de afrontamiento en lugar de hacer tarjetas.
- Dieron la psico-educación con auxilios visuales, como recortes de revistas y etiquetas con el fin de promover el movimiento y la participación de todos los miembros.
- Modificaron una de las relajaciones al final de la sesión 3 por una sesión de “risoterapia” que habían aprendido en curso previo de Desarrollo Humano en Casa Meneses.
- Introdujeron el tema de aislamiento en la sesión 5 por medio del uso de sopa de letras que integraban palabras como “soledad” y “aislamiento.”
- En la sesión 6 pidieron a los participantes que identificaran una obra de arte que expresara su depresión y sus emociones e hicieron una descripción de la misma.

Grupo Vespertino. 10 de Abril al 3 de Julio 2015. El grupo vespertino comenzó a reunirse a partir del día 10 de Abril del 2015 los días viernes de 16:00-18:00 hrs. El horario se acordó con base en la disponibilidad de los promotores comunitarios. Los promotores comunitarios que dirigieron este grupo son: Martha Pérez Duarte, Enrique Moreno Cruz y Jessica Hernández Lascurain. Los primeros dos, esposos y con experiencia previa en manejo de grupos del cuarto y quinto paso de Alcohólicos Anónimos y la tercera, estudiante de secundaria.

En este grupo se invitaron de modo inicial a 9 sujetos, de los cuáles siete asistieron la primera sesión; sin embargo, conforme pasaron las sesiones hubo una muerte experimental del 90%. La adherencia al manual en este grupo fue baja y así como el nivel de preparación previo al grupo.

Supervisión y Seguimiento a promotores comunitarios

Supervisión Matutina. La supervisión con las promotoras se impartió cada quince días dos veces a la semana durante un tiempo de aproximadamente dos horas, con el fin de tener una reunión previa y una posterior a cada grupo los días lunes y viernes de 12:00-14:00hrs. Durante las mismas se persiguen los siguientes objetivos como mínimo:

- Se recoge la grabación de la sesión anterior (todas las sesiones son grabadas).
- Se revisan los pasos de la sesión anterior
- Se retroalimenta en cuanto a los escuchado por medio de las grabaciones

- Se retoman dudas teóricas en cuanto al modelo
- Se revisan los casos particulares a partir del discurso y las observaciones de las promotoras
- Se recogen los documentos por participante y se retroalimenta con base en la revisión de sus monitores de gráficas de humor (Anexo en el Manual. Anexo 6).
- Se indaga en reflexiones y movimientos emocionales (contratransferenciales) de las promotoras.
- Se organiza la sesión posterior y se aclaran dudas de las mismas.

Supervisión Vespertina. Con base en observaciones realizadas desde la capacitación respecto a la empobrecida puntualidad de los promotores comunitarios (de 20 hasta 40 minutos de retraso), y con el fin de asegurar su disponibilidad en tiempo para el inicio de las sesiones grupales, se organizaron dos supervisiones semanales con los promotores comunitarios vespertinos: una previa al inicio de su grupo 15:00hrs. y una posterior al grupo a las 18:00 los días viernes. Si bien se persiguen los mismos objetivos que con la supervisión de la mañana, se ha incluyó la meta de promover una organización antes de la reunión con el grupo, la recuperación de preguntas previas, así como la retroalimentación de la grabación de la sesión pasada. Una vez que concluye el grupo, la supervisión planteó los objetivos propuestos en la supervisión matutina, aunados a una reestructuración desde una visión interpersonal con el fin de promover una adherencia al modelo.

3.4. **Cuarto momento: Seguimiento de participantes y promotores comunitarios de Salud**

Mental. Una vez concluidos los grupos, se realizaron entrevistas individuales a cada uno de los participantes de los grupos buscando cubrir los siguientes objetivos:

Realización de las evaluaciones post por medio de la aplicación de inventarios:

1. Escala de auto-silenciamiento (Jack, 1991; Jack & Dill, 1992).
2. Escala de Autoeficacia Generalizada (Schwarzer & Scholz, 2000).
3. Escala de apoyo social para adultos (EAS) (Palomar, Matus & Victorio, 2013).
4. Escala de Depresión Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale HAM-D) (Hamilton, 1967 adaptada al español por Ramos-Brieva, 1986).

Valoración de la experiencia dentro del grupo desde una visión retrospectiva por medio de una entrevista semi- estructurada (Anexo M y N). Posteriormente a la intervención, y de acuerdo al protocolo entregado, se realizaron dos sesiones de mantenimiento alrededor de 3 y seis

meses posteriores al final de la intervención para el grupo matutino, los días 11 de Septiembre 2015 y 12 de diciembre 2015. Durante éstas se realiza una reunión en las que se replantearon las metas, se analizaron los obstáculos para el seguimiento de las mismas y se hizo una aplicación de los inventarios con el fin de dar seguimiento a los cambios.

3.4. Consideraciones éticas.

Se anexa el consentimiento informado donde se especifican los objetivos de la investigación, los riesgos y beneficios potenciales de su participación, así como el uso que se dará a la información otorgada (Anexo K).

Auto-revelación del investigador. La investigadora fungió desde tres vertientes en este proyecto: fue quien dirigió la investigación; quien capacitó, evaluó y supervisó a los promotores comunitarios de salud mental en el modelo de OIP-G de modo constante por medio de un seguimiento a las grabaciones que se proporcionen luego de cada intervención; así como la persona que dirigió la entrevista final.

Referencias

- Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M., & Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies*, 36, 795–818. doi: 10.1080/07481187.2011.608291
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Blatt, S. J. & Auerbach, J. S. (2003). Psychodynamic Measures of Therapeutic Change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Borgatti, S.P. 2006. E-NET Software for the Analysis of Ego-Network Data. Needham, MA: Analytic Technologies. <https://sites.google.com/site/enetsoftware1/>
- Chavarría M. P. & Barra E. (2014). Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia Psicológica*, 32(1), 41-46
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A. Polanía, A. & Rodríguez A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194.
- Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1987) . The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, 1, 37-67.

- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Carballo, J., L., & Piqueras, J. A. (2012). Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(26), 355-370.
- Etherington, K. (2004). *Becoming a reflexive researcher: Using our selves in research*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ethrington, K. & Bridges, N. (2011). Narrative case study research: On endings and six session reviews. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1): 11-22
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080=10503307.2012.662605.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2010). Innovative moments and change in emotion focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 1–28.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Matos, M., Mendes, I., & Santos, A. (2009). Innovative moments coding system: A methodological procedure for tracking changes in psychotherapy. *Yearbook of Idiographic Science*, 2, 107-130.
- Guedes, D. D., & Moreira, V. (2009). El método fenomenológico crítico de la investigación con base en el pensamiento de Merleau- Pontí. *Terapia Psicológica*, 27(2), 247-257.
- Helmreich, I., Wagner, S., Mergl, R., Allgaier, A-K., Hautzinger, M., Henkel, V. Hegerl, U., & Tadic, A. (2012). Sensitivity to changes during antidepressant treatment: A comparison of unidimensional subscales of the Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-C) and the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) in patients with mild major, minor or subsyndromal depression, *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 2(62): 291–304. doi. 10.1007/s00406-011-0263-x
- Holland, J., Currier, J. M., Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2010). The Integration of Stressful Life Experiences Scale (ISLES): Development and initial validation of a new measure. *International Journal of Stress Management*, 17, 325–352.
- Holloway, W. & Jefferson, T. (2000). *Doing Qualitative Research Differently*. London: Sage
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*. 139(5), 439-457.

- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19, 68–80.
- Mishler, E. (1986). *Research Interviewing: Context and Narratives*. USA. First Harvard University Press.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Lessons of loss: A guide to coping* (2nd ed.). Memphis, TN: Center for the Study of Loss and Transition.
- Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative contribution. *Psychological Inquiry*, 15, 53–59.
- Neimeyer, R. A. (2006a). Widowhood, grief and the quest for meaning: A narrative perspective on resilience. In D. Carr, R. M. Nesse, & C. B. Wortman (Eds.), *Spousal bereavement in late life* (pp. 227–252). New York, NY: Springer.
- Palomar, J., Matus, G. L. & Victorio, A. (2013). Elaboración de una Escala de Apoyo Social (EAS) para adultos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 129-137.
- Ramos-Brieva, J.C, A, (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* (14), .324-334.
- Ruiz, L.G., Colin, R.F., Corlay, S.Y., Lara, M.C., & Duenas, H.J. (2007). Trastorno depresivo mayor, en Mexico: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos, y la calidad de vida. *Salud Mental*, 30(002), 25-32.
- Salvatore, G., Dimaggio, G. & Semerari, A. (2004). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 231–254
- Sanjuán P., Pérez A. M., & Bermúdez J., (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513.
- Schwarzer, R. (1993). Measurement of perceived self-efficacy. *Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universit.
- Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000). Cross cultural assessment of coping resources: The general perceived self-efficacy scale. Paper presented at the first Asian congress of Health Psychology: Health Psychology and culture, Tokyo, Japan.
- Stuart, S. (2011). IPT adherence and quality scale. Interpersonal Psychotherapy Institute. Recuperado de <http://iptinstitute.com/wp-content/uploads/2011/09/IPT-Quality-Adherence-Scale-9-6-11.pdf>
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: Norton.

Capítulo 4

Resultados

4.1. Características de la población: Estadísticos descriptivos.

Se usó la herramienta SPSS (Versión 21) para todos los análisis cuantitativos. Los datos perdidos fueron aleatorios de modo general y representaron alrededor del 10% de la data. Consistente con la propuesta de Mulcahy, Reay, Wilkinson & Owen, (2010), para los valores perdidos individuales se utilizó la media de las medidas por pregunta para la medida (Apoyo Social o autoeficacia).

De la totalidad de los 31 sujetos entrevistados y evaluados al inicio de cada uno de los grupos, 7 de ellos fueron hombres frente a 24 mujeres (22.6% frente a 77.4% respectivamente). De estos, la edad promedio fue de 45.7 años, en donde la edad mínima fue de 15 y la máxima de 72 años, mostrando un rango de 57 años entre los beneficiarios. De estos, 29 fueron valorados por su estado civil, encontrando que más de la mitad de ellos (51.6%) son casados o cohabitan con una pareja, cinco viudos (16.1%), cuatro solteros (12.9%), tres son separados o divorciados (9.7%) y únicamente uno se identifica como comprometido (3.2%). El número de hijos de los 30 valorados varía entre cero y seis, con una media de 2.2 y una proporción mayor (moda) de entre dos y tres hijos (29% cada uno).

4.1.1. Demográficos: Vivienda, ocupación y nivel de estudios. De los habitantes del Pueblo de Santa Fe evaluados que asistieron a pedir asesoría psicológica en casa Meneses, un 45.2% vive en casa, frente a un 25.8% que vive en departamento. Esta vivienda la comparten con un promedio de entre 3 y 4 personas ($m= 3.59$; $\text{moda}=3$), que incluye en el 32% de los casos a la pareja y a los hijos, aunque también se enlistan en el 6.5% de los casos la cohabitación con familia política o vivir solo. La ocupación más común entre los beneficiarios fue en el hogar (22.6%), seguido de pensionado (9.7%), estudiantes, desempleados, comerciantes, trabajo de oficina bajo supervisión de otros, trabajo manual especializado (cada uno de ellos representando el 6.5%); sin embargo, 29% de los participantes no respondió. De esta forma, el nivel de estudios de la muestra válida ($n=22$) va de nivel primaria ($n=5$) a licenciatura ($n=3$), mostrando una moda en nivel técnico superior, con una frecuencia de 6 participantes, que representa un porcentaje del 19.4% del total de los entrevistados.

Tabla 4. 1. Características sociodemográficas de los participantes

	M	Pacientes (N=31)		
		Rango	%	n
Sexo (n=31)				
Hombres			22.6%	7
Mujeres			77.4%	24
Edad (n=31)	45.7	(15-72)		
Estado civil (n=29)				
Casados/cohabitando			51.6%	15
Solteros			12.9%	4
Viudos			16.1%	5
Separados/divorciados			9.7%	3
Comprometido			3.2%	1
Número de hijos (n=30)	2.2	(0-6)		
Ocupación (n=22)				
Hogar			22.6%	7
Pensionado/jubilado			9.7%	3
Estudiante			6.5%	2
Desempleado			6.5%	2
Comerciante			6.5%	2
Trabajo de oficina bajo supervisión			6.5%	2
Trabajo manual especializado			6.5%	2
Patrón/gerente			3.2%	1
Profesionista			3.2%	1
Nivel de estudios (n=22)				
Primaria			16.1	5
Secundaria			9.7	3
Preparatoria			16.1	5
Técnico superior			19.4	6
Licenciatura			9.7	3

4.1.2. Número de personas enlistadas en la red subjetiva, área de trabajo y puntuaciones en la escala de Hamilton al inicio de la intervención. Como parte de la evaluación inicial y con el fin de hacer una primera valoración cuantitativa de redes interpersonales se realizó una indagación del número de personas identificadas dentro de su red subjetiva. La media general de personas identificadas como fuente de apoyo fue de 7.5 personas, con una variabilidad de entre 1 (n=1) y 21 (n=1) personas enlistadas.

Desde la clasificación del modelo Interpersonal, el principal área de trabajo identificada en esta población fue de Disputas Interpersonales en un 35.5% de los participantes (n=11),

seguida por duelo en el 30.8% (n=8), déficits interpersonales o soledad en el 16.1 (n=5), y por último transición de rol, identificado en el 6.5% de los encuestados (n=2).

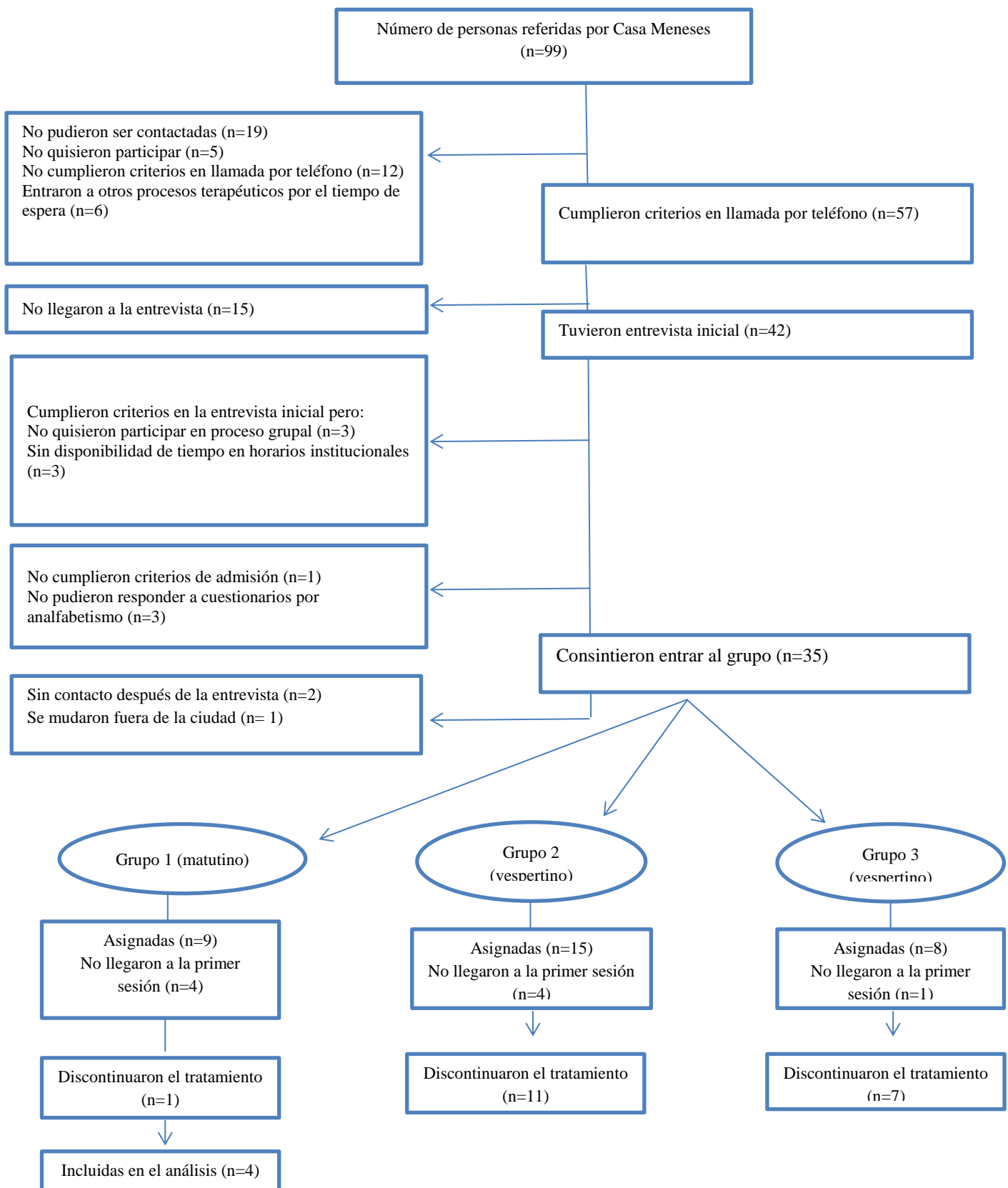
Se valoraron los niveles de depresión de modo confiable en el 67.7% de los sujetos, de modo general, las puntuaciones de depresión evaluadas en las personas que acuden a pedir apoyo psicológico en casa Meneses varían entre 7 (ligeramente deprimido) y 26 (severamente deprimido), con una media de 15.23 que corresponde a una depresión moderada. Ninguno de los participantes evaluados obtuvo una puntuación menor al punto de corte de 7 que representa una ausencia de depresión.

4.1.3. Medias en las medidas de apoyo social y autoeficacia previos a la intervención.

Para la totalidad de las personas evaluadas previos a la intervención (n=31) se encontraron las siguientes puntuaciones. Para la medida de apoyo social la media fue de 83.67 con una variabilidad de entre 54 y 105 y una desviación de 11.87. Para los índices de autoeficacia, valorada por la escala de autoeficacia generalizada la media fue de 37, con un rango mínimo de 27 y un máximo de 50 y una desviación de 6.13.

Tabla 4. 2. Características clínicas de los participantes

	M	Pacientes (n=31)	%	n
Número de personas identificadas como redes de apoyo	M= 7.5	Rango (1-21)		
Área de trabajo Interpersonal (n=26)				
Duelo			30.8%	8
Disputas interpersonales			35.5%	11
Transición de rol			6.5%	2
Déficits interpersonales (Soledad/Aislamiento)			16.1%	5
Niveles de Depresión (n=21)	M=15.23	(7-26)		
Depresión leve			25.8%	8
Depresión moderada			19.4%	6
Depresión severa			12.9%	4
Depresión muy severa			9.6%	3
Percepción de Apoyo Social (n=31)	M= 83.67	(54-105)		
Medidas Autoeficacia (n=31)	M=37	(27-50)		

Fig. 4.1. Flujo y muerte experimental de los participantes

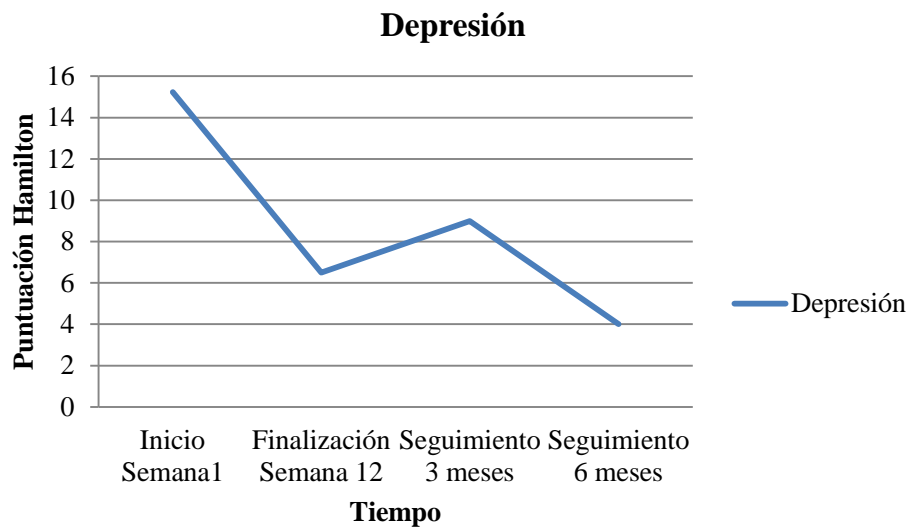
4.2. Resultados estudio 1: Investigación cuantitativa

El primer estudio desarrollado responde a los objetivos particulares planteados para el estudio cuantitativo, que fueron estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en las medidas de sintomatología depresiva, apoyo social, y sentimiento de autoeficacia al final y 3 y 6 meses posteriores a la intervención.

Para el análisis de la comparación de los grupos se utilizó el estadístico Friedman para muestras relacionadas con base en sus puntuaciones base. La eficacia general del tratamiento se valoró al conducir entonces una prueba de comparación de medias entre los momentos previos (línea base), al final del tratamiento, a los tres meses posteriores en los cuatro sujetos que concluyeron el estudio en las variables de Depresión, apoyo social y autoeficacia. Para el seguimiento de seis meses, se lograron obtener únicamente las medidas de

4.2.1. Objetivo1: Medidas de depresión. Para el primer objetivo 1. Estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en las medidas de sintomatología depresiva, se obtuvo que los resultados de la prueba Friedman, $\chi^2(1) = 4.00, p = 0.046$, sugieren que hubo una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones de la escala de Hamilton al inicio y al final de las doce semanas de Orientación interpersonal. La media promedio para los cuatro sujetos que concluyeron el grupo al inicio del mismo fue de 16.5, es decir, moderadamente deprimido. Estos datos son consistentes a la media general de los participantes en los tres diferentes grupos, en donde la media fue de 15.23; el puntaje promedio en la segunda aplicación, en la conclusión del grupo a las 12 semanas disminuyó a 6.5, que representa un puntaje de no-deprimido. Lo anterior sostiene la hipótesis de investigación 1: Hubo una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de Hamilton en el grupo tras las doce semanas de Orientación Interpersonal grupal.

Para las mediciones en seguimiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la finalización del grupo y los tres meses después a su terminación $\chi^2(1) = 1.00, p = 0.317$. La media para las valoraciones de depresión al final de la intervención y a los tres meses fueron de 6.5 (no deprimido) y 9 (depresión leve). Más adelante, entre los tres y los seis meses las medidas de depresión se mantuvieron en niveles de no-deprimido, disminuyendo de 9 a una media de 4 para los sujetos valorados ($n=2$) a los seis meses posteriores a la intervención. Estos resultados sostienen parcialmente la cuarta hipótesis: los cambios se mantendrán a los 3 y 6 meses luego de la orientación interpersonal grupal

Figura 4. 2. Puntuaciones obtenidas en las medidas de depresión.

n=4

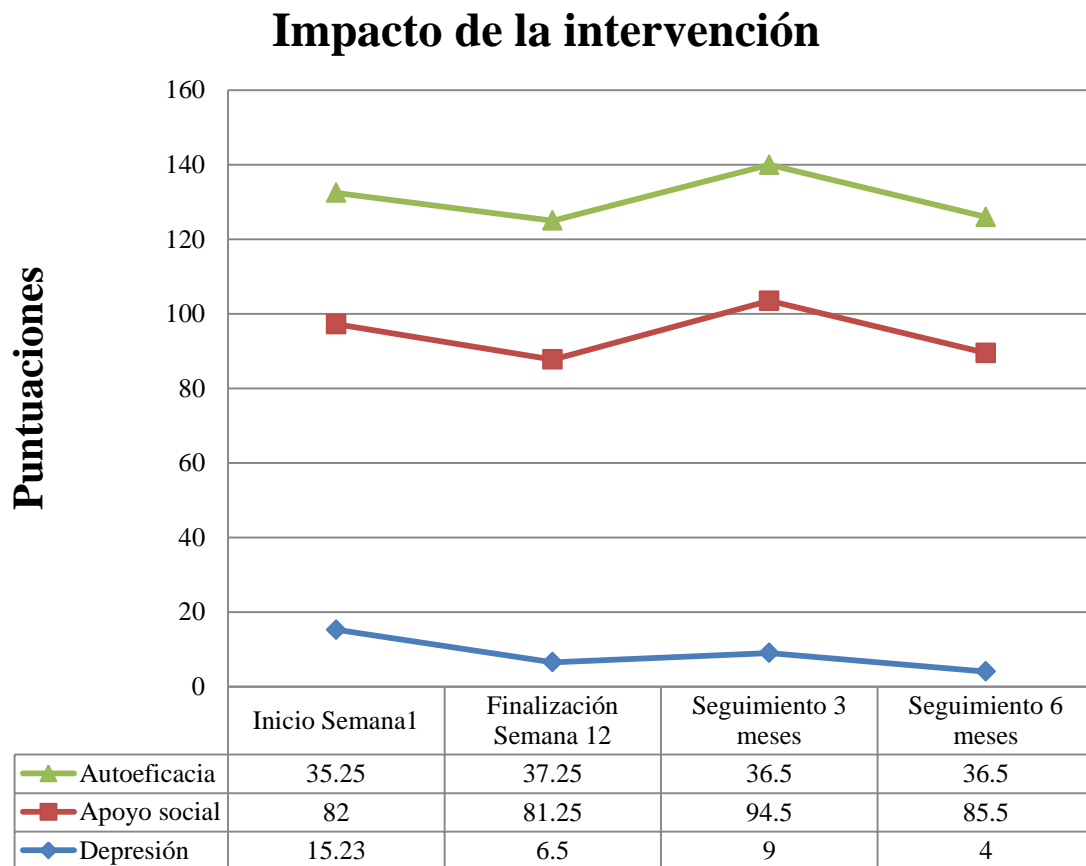
4.2.2. Objetivo 2: Medidas apoyo social. Para el segundo objetivo planteado: Estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en las medidas de apoyo social. En el grupo de Orientación Interpersonal, no se encontró una diferencia significativa entre la primera y la segunda aplicación $\chi^2(1) = .000, p = 1.000$, con medias de 82 y 81.25 respectivamente; sin embargo, los casos entre sí difieren significativamente, en dos casos las medidas de apoyo social incrementaron (59 a 77 y 78 a 84), mientras que en dos casos las medidas en la percepción de apoyo social disminuyeron (90 a 80; y 101 a 84). Lo anterior refuta la hipótesis de investigación 2. Habrá una mayor percepción de apoyo social en el grupo experimental tras las 12 semanas de orientación interpersonal grupal. Es, sin embargo, relevante señalar que los índices de desviación estándar decrementaron de 17.98 a 3.40 en estos dos grupos. De la misma forma, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones basales, las doce semanas y el seguimiento a 3 y 6 meses posteriores $\chi^2(3) = 2.4, p = .494$. Para las evaluaciones de seguimiento, el promedio obtenido en la valoración de apoyo social fue de 94.5 para los tres meses y 85.5 para los seis meses. Estos resultados sostienen parcialmente la cuarta hipótesis: los cambios se mantendrán a los 3 meses luego de la orientación interpersonal grupal. Sin embargo, los índices de desviación estándar incrementaron de 3.4 a 21.73. De modo particular, uno de los casos valorados incrementó su percepción de apoyo social de una media de 80 a una de 127.

.4.2.3. Objetivo 3: Medidas de autoeficacia. El presente estudio pretendía como tercer objetivo estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en el sentimiento de autoeficacia, medido por el inventario de autoeficacia generalizada. En este sentido, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa $\chi^2(3) = 6.00, p = .112$ entre las medias de las mediciones previas, al finalizar a las 12 semanas, a los tres meses de la intervención y a los seis meses de la intervención ($m=35.25; 37.5; 36.5; 36.5$ respectivamente). Sin embargo, en esta medición los niveles de desviación estándar volvieron a mostrar un estrechamiento de 9.17 a 3.86 y 5.06 a los tres meses.

Con estos resultados se descarta la tercera hipótesis propuesta en este estudio: El sentimiento de autoeficacia aumentará de manera estadísticamente significativa en los usuarios del grupo en orientación interpersonal tras las 12 semanas de orientación interpersonal grupal. En el análisis de los casos, se observa que uno de los participantes disminuyó su puntuación de autoeficacia entre el primer y segunda evaluación (pre y post $m=49$ frente a 43 respectivamente), mientras que los otros 3 participantes incrementaron en promedio 5 puntos. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las mediciones a tres y seis meses posteriores a la intervención, lo que sostiene parcialmente la hipótesis de que los cambios se mantendrán a los 3 y seis meses luego de la orientación interpersonal grupal.

No obstante el tamaño de la muestra excluye la posibilidad de realizar estadísticos sólidos, se realizaron valoraciones de los inventarios de Depresión, Apoyo Social y Autoeficacia de la línea base a la finalización de la intervención, tres y seis meses posteriores. La mayor parte de los participantes mostró una mejoría y otros una estabilidad (ver figuras 1 y 2). Las puntuaciones de Hamilton identifican como depresión leve desde puntuaciones de 7 y moderadamente deprimido a partir de una puntuación de 14 (Hamilton, 1967). A partir de estos datos, únicamente dos pacientes al final de la intervención se encontraron ligeramente deprimidos (puntuaciones 10, 13), mientras que dos estaban en remisión total (puntuaciones de 1 y 2). A los tres meses, un participante se mantuvo sin recaídas, mientras que otros dos se mantuvieron estables y únicamente uno recayó en una depresión ligera (puntuación de 9), disminuyendo sus niveles de depresión en la valoración a los seis meses (puntuación de 4).

Figura 4.3. Puntuaciones obtenidas en las medidas de depresión, apoyo social y autoeficacia en el pretratamiento, postratamiento, seguimiento a tres meses y seis meses.



4.3. Resultados y discusión estudio 2: Factores motivadores e impacto de la promotoría en los voluntarios de salud

El contexto en el que se desarrolla este trabajo es dentro de una institución comunitaria establecida el mes de Octubre del año 2011 en el Pueblo de Santa Fe: Casa Meneses. Aunque las preguntas de investigación y los objetivos se presentan en el capítulo de metodología, de modo general el estudio pretende reportar las motivaciones y el impacto personal que pudiera tener el desempeñarse como promotor de salud comunitario en el pueblo de Santa Fe.

4.3.1. Procedimiento. Al querer analizar las vivencias y las visiones de los facilitadores de salud de la Comunidad de Santa Fe hacia su rol como voluntario comunitario y sus motivaciones hacia este rol, se utiliza una metodología cualitativa, particularmente el método fenomenológico, ya que éste permite hacer un análisis de las experiencias y las visiones de las personas, así como los aspectos simbólicos de éstas experiencias y visiones.

Todo proceso de investigación fenomenológica requiere de la descripción del fenómeno desde una perspectiva narrativa, así como desde la descripción del fenómeno (Guedes & Moreira, 2009). Por lo anterior, para el desarrollo de este proyecto se identificó a diversas promotoras de salud o líderes comunitarios de sexo indistinto con un rol activo dentro de dos instituciones ubicadas en el Pueblo de Santa Fe: Centro de Desarrollo Comunitario y Casa Meneses. Considerando para su participación los siguientes criterios de inclusión:

- Ser promotoras de salud de la comunidad de Santa Fe.
- Ser habitantes del pueblo de Santa Fe.
- Adultos mayores de 18 años de sexo indistinto.
- Aceptar ser entrevistados por la investigadora y firmar el consentimiento informado.

Se les dio un consentimiento informado de modo escrito que abordaba los temas de: confidencialidad, uso de datos personales, la voluntariedad de su participación, es decir, que se les permitía retirarse del estudio en cualquier momento si así deseaban hacerlo, así como posibles riesgos y beneficios de su participación.

Posterior a su consentimiento, se les realizó una entrevista focal que abordó los temas de motivación para ser facilitadores de salud, autoconcepto en relación a su rol voluntario, y el impacto que han tenido o anticipan tener del rol como facilitadores de salud mental voluntarios (Anexo 8).

Las entrevistadas fueron 7 mujeres y un hombre, hijo de uno de las promotoras. Con excepción de una, todas ellas habitantes del Pueblo de Santa Fe. La entrevista se realizó en Casa Meneses, institución dedicada al trabajo comunitario como parte del programa Ignaciano de Responsabilidad Social de la Universidad Iberoamericana.

4.3.2. Análisis de la información. La información fue obtenida en un grupo focal y se analizó por medio de una serie de pasos que permitieron el análisis del contenido de los diferentes puntos de vista. Primero se realizó una transcripción de la entrevista para más adelante hacer un análisis de los temas generales abordados. A partir de estos, se hizo una codificación por categorías lo que permitió identificar los temas clave presentados por los participantes en cuanto a motivación y barreras de la participación como facilitador de la salud, impacto percibido e impacto esperado de su labor voluntaria y vías de acceso al rol de facilitador. Estos se clasificaron por medio del uso del programa Nvivo y se consensuaron con el apoyo de la Dra. Graciela Polanco, así como un grupo de investigadores independientes al proyecto, quienes confirmaron la validez de la codificación elegida.

4.3.4. Análisis de resultados

4.3.4.1. Motivación para ser voluntaria. Uno de los principales temas abordados fue la motivación que sienten las promotoras para ser participantes del proyecto de forma voluntaria. Hubo una respuesta que compartieron todas las participantes: el ímpetu que nace del valor social y del gusto personal de la *ayuda* al otro.

Una de ellas mencionó:

“A mí me gusta ayudarle a la gente”

Mientras otra complementó diciendo que ve al programa como “una oportunidad para ayudar.”

Una de las voluntarias habló de manera más general del altruismo, y el ver por la comunidad como una de las motivaciones generales para ser parte del proyecto de promotoría:

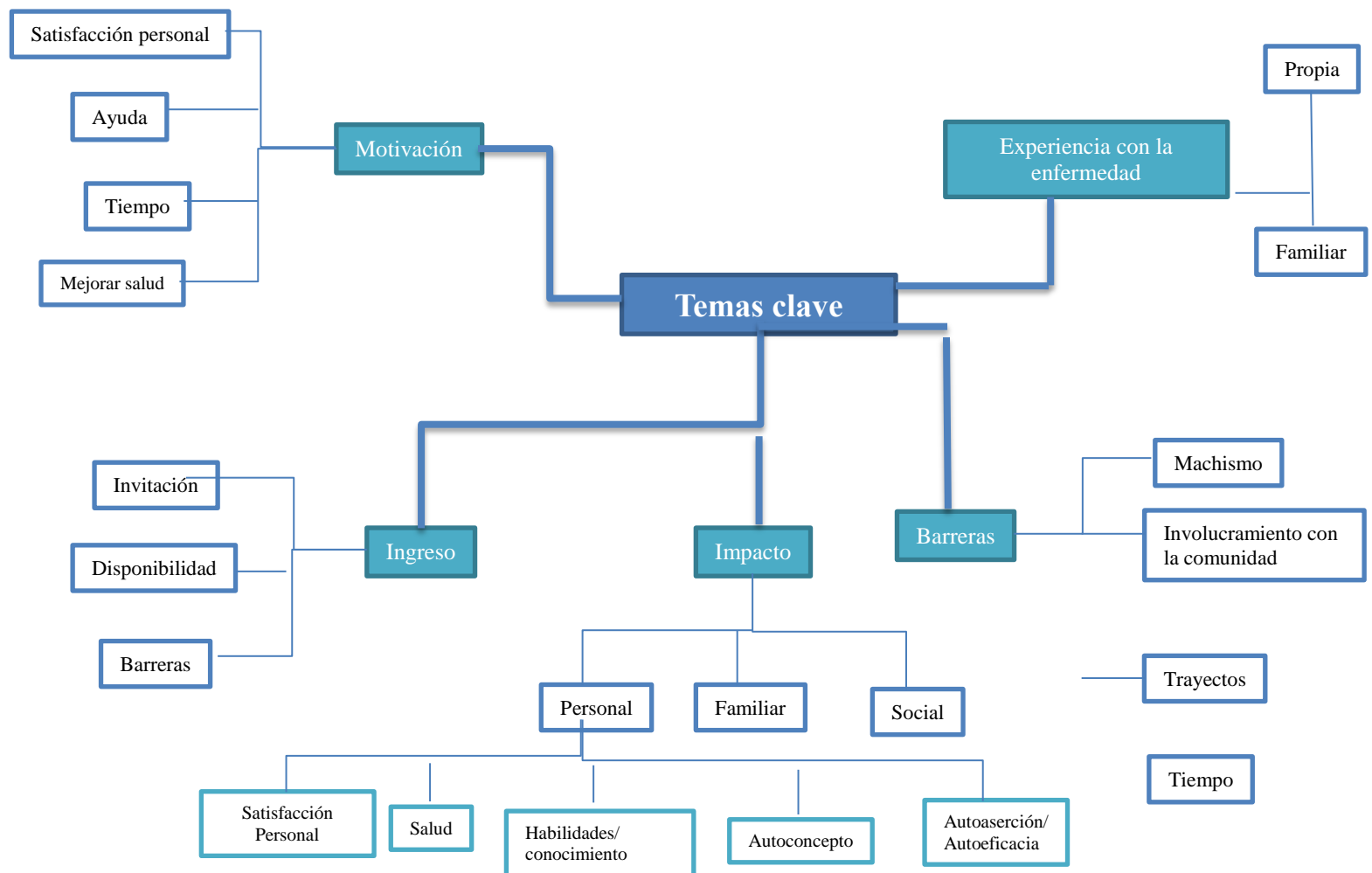
“Como que dar lo que yo tengo para otras personas, en la búsqueda de... de... de... de ayudar en la búsqueda de de trabajar con la comunidad”

O

“Porque (el programa de voluntarios) te absorbe muchísimo, deja muchísimo que estudiar deja muchísimo que investigar y son muy exigentes, entonces, pero bueno digo en mi caso yo voy a hacerlo mientras pueda porque yo tengo insuficiencia

respiratoria, entonces este, a veces siento que se me está acabando la vida, pero yo creo que todavía no, y ya me dije que todo el tiempo que Dios me permita pues yo lo voy a... a ocupar procurando a la comunidad, cualquier persona dentro de la comunidad”

Fig. 4.4. Temas clave grupo promotoras de salud



La cuestión de *tiempo* se vuelve relevante en el trabajo voluntario, dada la dedicación que requiere el actualizarse, salir a la comunidad, tener entrevistas y citas con las personas de la comunidad y entregar resultados a los líderes del proyecto (en este caso, el departamento de

Nutrición de la Universidad Iberoamericana). En este sentido, el ser viuda o divorciada, tener hijos mayores o ser jubiladas facilita la labor de voluntariado. Lo anterior lo ejemplifica el comentario con el que fue invitada una de las promotoras:

“Tú tienes tiempo puedes dedicar tu tiempo y si te gusta ayudar a la comunidad”

O el caso de otra promotora, quien fue impulsada por sus hijos mayores:

“Mis hijos me decían ponte hacer algo intégrate a esto.”

Más aún, mencionan que iniciar el proyecto de voluntariado es con base a la necesidad de ayudar al no tener a alguien cercano a quien hacerlo, o al haber perdido el rol de protección que da el estatus de madre al haber crecido sus hijos o haberse quedado viuda. Esto es relevante dado que el Pueblo de Santa Fe se caracteriza por roles de género tradicionales, donde el papel de la mujer es el del servicio y cuidado. Luego, una de las vías para cubrir esta tarea se logra a partir de la labor voluntaria:

“Yo llegué hace dos años, no a salud este... yo estaba buscando meterme en el voluntariado a trabajar con niños pues porque no tengo sobrinos ni hermanos ni nada, bueno... chicos, y pero me quedaba muy lejos un orfanato, y dije donde me puedo meterme y apenas había o me había enterado que aquí había una ludoteca y me queda cerca y dije a pus voy a ir...”

No obstante, una de las participantes sugirió que el servicio y cuidado dentro de un rol familiar, meramente como esposa se percibe insuficiente para generar en ella una satisfacción personal:

“Yo también estaba encerrada, apagada en la casa solamente namás atendiendo al señor haciendo el quehacer y nada más”

Consistente con lo anterior, comentan que uno de los factores que las motiva a mantenerse en el programa, una vez iniciado es *el sentido de satisfacción* que éste les genera y la complacencia que les genera el impacto personal que tiene el programa en ellas y las capacidades que han desarrollado dentro del proyecto:

“Yo la vez que fui como promotora de salud en casa ahí en la ibero hasta llore porque no podía hablar y ahora que dice la Maestra has crecido pero bastante bastante, ya hasta expuse ya todo y me felicitó.”

Son situaciones como estas, así como el reconocimiento una de las características que las motiva a seguirse capacitando, aprendiendo y mantenerse en servicio, como mencionan dos de las participantes:

“Yo estoy porque quiero capacitarme más”

O

“(Uno) No deja de seguir aprendiendo, (de seguir teniendo) interés en esto”

Esta capacitación continua y la sensación de gusto que trae el crecimiento personal y el aprendizaje lleva a las promotoras a adueñarse del programa. Por ejemplo, una promotora define al programa como algo que no sólo le genera satisfacción, sino que lo ha hecho propio:

“El grupo es mío, es algo mío, es algo que ya yo lo traigo me gusto mucho el curso”

Por último, consistente con la literatura que aborda el tema de motivaciones en las personas voluntarias (Jack, et al., 2011), uno de los factores principales que motiva a todos los entrevistados a entrar al programa de voluntariado y a mantenerse en él está basado en su propia experiencia a nivel personal o familiar con la enfermedad. En el caso de las promotoras de Salud entrevistadas, su experiencia era principalmente con las enfermedades de diabetes e hipertensión, así como de obesidad.

Una de las promotoras menciona que su propio diagnóstico de hipertensión le había causado una sensación de desesperanza y desvalimiento como evidencia su afirmación

“Porque yo soy una persona enferma, hipertensa (...) cuando ya nos dan un diagnóstico los doctores de que somos enfermos, de que debemos de llevar un medicamento de por vida, hújole que de veras es como unaaa, esteee sentencia de muerte,” esto primordialmente ya que sus padres habían muerto a una edad muy temprana (madre 33 años y padre 59) a causa de la enfermedad.

Por lo anterior, el ser parte del programa no sólo le ha significado un modo de ayudar a su familia, evitar la muerte prematura, como sucedió con sus padres y rendirles tributo, quienes murieron por aparente desconocimiento dentro de la Comunidad de Santa Fe.

“Yo siempre lo doy en memoria a mis padres que murieron tan jóvenes, y que en mí está la longevidad de mi familia”

En general las experiencias de infartos, diabetes, hipertensión y muerte en familiares las ha motivado para llevar un estilo de vida más sano, al capacitarse y conocer más las

consecuencias de la obesidad, la hipertensión y la diabetes, así como los medios más adecuados para cuidarse, prevenirla o estabilizarla, consistente con el programa de promotoría:

“No quiero ser una persona diabética e hipertensa porque he visto como han muerto mis familiares primas que tengo murió de diabetes complicada con muchas cosas”

O el discurso de otra de ellas:

“Una hermana que es diabética, toda la familia de mi papá es diabética e hipertensa y yo decía yo no quiero se hipertensa o diabética

O el de una de las voluntarias, quien vincula su experiencia habiendo padecido una prediabetes a la experiencia de sus familiares y amigos cercanos, lo cual, a modo de aprendizaje vicario, la motivó a querer actuar para evitar consecuencias semejantes en sí misma:

“...su esposo de esa amiga era diabético tenía 33 y estaba ciego y que le seguía no? y murió antes de los 40 entonces la verdad de esto es que yo me espanté mucho, yo no sabía la magnitud de la enfermedad ni ni ni que todo conlleva pero a mí me dio mucho miedo, yo no quiero estar así, hace 20 años estoy viendo a mi cuñado que está postrado porque él es diabético y ha tenido todo, todo lo que te puede traer la diabetes todo eso tiene todo eso ha tenido y yo me dije no yo no quiero ser diabética no quiero serlo, si soy pre no quiero que se me desarrolle y así pase 50 años y afortunadamente no se me desarrollo me acaban de dar de alta...”

4.3.4.2. Ingreso a la promotoría. La entrada al papel de voluntaria parece seguir, en el caso de las promotoras de salud de Casa Meneses, tres vías principales: Una de ellas a partir de estar buscando cursos de actualización y crecimiento personal, la otra vía a partir de la búsqueda de un voluntariado o la posibilidad de ayudar y la última por mera invitación. Sin embargo, todas ellas reportan haber entrado a la promotoría por medio del fenómeno de “bola de nieve,” es decir, siendo invitadas por familiares (hermanas, madre) o por amistades que insisten en el beneficio que puede tener el ser parte del programa. Por ejemplo una señora relata:

“... Pero entonces esta Estela me dijo ‘pues no busques tanto mira yo estoy tomando este curso y me agrado muchísimo he aprendido muchas cosas y si yo estoy tomando varios cursos’”

Para el tercer grupo el ser percibidas como personas que tiene tiempo parece ser relevante “...y de ahí yo... yo la invite y le dije te gustaría ser promotora, porque yo veo el interés que tiene y porque aparte tiene tiempo, ella ya no tiene que atender a un

marido porque es viuda y sus hijos son adultos todos, entonces le digo si y tú tienes tiempo puedes dedicar tu tiempo y si te gusta ayudar a la comunidad”

De forma paralela, la condición social de ser esposa y madre es referida como una potencial barrera para entrar al programa ya sea por la falta de tiempo que esto implica o la falta de autorización por parte del esposo para que sea parte del proyecto. Una de ellas comenta:

“Sí, quiero ir pero mi esposo no me deja, pero prefieren decir que van a Misa que decir que van al curso, es un poquito drástico ¿no cree?, que el marido prefiere que vaya a la Iglesia ps va a decir que ahí no hace nada malo, tampoco en el curso pero no quiere que estén en el curso”

Otra de ellas afirma:

“Lamentablemente es muy difícil que la comunidad se integre a a un grupo precisamente por lo que dice mi hijo Genaro el machismo mexicano a mi me han tocado muchas señoras que prefieren echar un mentira que decir que van al curso ehh personas que han llegado al curso golpeadas porque el marido no las deja participar en estos cursos, lamentablemente mi esposo era un macho mexicano pero como dice mi hijo nos separamos a tiempo y ya fue cuando yo pude superarme yo me veo superada pero veo que mucha mujer mucha mujer, no es general, pero muchas de las mujeres de la comunidad están con un macho mexicano.”

A pesar de lo anterior, resaltan que una vez habiendo entrado en la promotoría “te vas enganchando,” lo que, aunado a las nuevas capacidades obtenidas de auto-aserción hace más factible que las mujeres se mantengan en el programa incluso cuando las circunstancias dentro de la familia se modifiquen, como lo ejemplifica el caso de la señora a quien su marido le pidió en fechas recientes que se saliera “...se lo platique al señor y me dijo pues metete y ahora me dice salte, NO, tú me dijistes queme fuera y me voy y me gusta y estoy y estoy y estoy y estoy, ehhh”

O como ilustra la afirmación del promotor, quien con orgullo se refiere a la capacidad de auto-aserción con la que cuenta su madre, quien ha estado en el voluntariado por los últimos años:

“Rompimos no ps porque salieron fuerzas para mí, y a mi mama un poquito de ánimos para que lo haga sola y no le pida permiso a nadie”

4.3.4.3. Impacto. Aunado a la capacidad de auto-aserción, la totalidad de las promotoras afirmaron haber obtenido beneficios significativos a partir de su participación

como voluntarias comunitarias. Por una parte, ser voluntarias ha traído beneficios a nivel individual así como social tanto en la apertura de redes interpersonales, como en el orgullo que significa el trabajo en la comunidad y el status que esto conlleva.

Impacto personal. En general, todas las voluntarias expresan sentirse satisfechas con el trabajo voluntario, primordialmente ya que perciben que ha significado un *desarrollo personal* como lo evidencian frases como “crecimos estamos creciendo” o de modo particular “superarme, yo me veo superada.”

Una de las maneras en las que se han desarrollado es a partir de aprender un número de *habilidades*, entre ellos, la más significativa es la capacidad de hablar en público (“Yo tengo fuerzas por hablar, yo antes no quería hablar”), así como los conocimientos teóricos y prácticos que han adquirido a partir de la capacitación continua:

“A veces todavía me impacta un poco para poder hablar pero pues si ahí la llevo, me voy desarrollando poco a poco y me parece muy interesante todo lo que estoy aprendiendo para salir adelante.”

Más aún, los conocimientos nutricios que han adquirido en los cursos de “Mi corazón mi vida,” así como en las reuniones semanales que se llevan a cabo para mantenerlas actualizadas en cuestiones de alimentación y aclarando dudas que surjan durante la semana ha tenido un impacto directo en su salud personal ya que todas ellas comentan no sólo haber perdido “unos kilitos,” sino que una de ellas comenta que le han disminuido el medicamento, mientras que otra ha sido ya dada de alta de su condición de prediabetes.

De modo más significativo, el ser parte del curso les ha ayudado a desarrollar estrategias adaptativas de aceptación y adecuación a su propia enfermedad de diabetes o hipertensión, como lo evidencia una señora al decir:

“...dije no hombre, aquí está mi salud, primero mi salud este ahora a los 6 años, les juro que si no es por el... el programa, yo ya no estaría aquí. Porque porque ahora llevo una calidad de vida me alimento como debe de ser.”

Al tiempo que otra evidencia la aceptación a la condición médica

“(hemos tomado) varios cursos para pueda uno sobrellevar la diabetes, porque es es una cosa que nos impacta muchísimo, sabes que somos diabéticas y pues no, no es tan impactante, si vamos a vivir con ella pues es nuestra amiga y debemos de sabe sobrellevarla y debemos de aprender a comer, y a a decir no (...)”

De modo individual, el rol como voluntarias comunitarias le ha dado la posibilidad de “trabajar con personas diferentes,” lo cual les ha ayudado a conocer diferentes situaciones de vida, muchas veces ásperas, que las hacen percibir sus propias dificultades con otros ojos “ni para que me quejo y si este yo me siento muy contenta.” A demás de incrementar su coraje para enfrentarse a retos desde el hablar en el salón de clase hasta enfrentarse a las barreras que existen en la comunidad. Esto, aunado con la retroalimentación que reciben de las maestras (“(a)hora que dice la Maestra has crecido pero bastante bastante ya hasta expuse ya todo y me felicitó”) les ha beneficiado en poder incrementar su sentido de autoeficacia y de *auto-asección*, como lo evidencian las siguientes afirmaciones

“Mi mamá antes tenía miedo y ahora ya se expresa” (Promotor del pueblo de Santa Fe, refiriéndose a su mamá, quien es también promotora)

O

“...pues ya no tiene uno tanto miedo antes lloraba muy fácilmente.”

Esto ha tenido un impacto en su autoconcepto, describiéndose a sí mismas antes del programa como su rol de esposas, o con frases como “yo no sirvo para eso, yo no sirvo para eso” a pasar a descripciones de sí como “yo empecé a tomar mis decisiones” o con aseveraciones que evidencian esperanza como “hay un porqué y para qué,” a pesar de mantener una percepción de incapacidad por su falta de estudios y la cronicidad de su enfermedad como lo ilustran las siguientes afirmaciones

“Porque lamentable yo no tengo los estudios” o

“Tengo insuficiencia respiratoria, entonces este, a veces siento que se me está acabando la vida.”

Impacto social y familiar. De manera consistente, las voluntarias mencionaron que su rol de promotoras comunitarias había tenido un impacto significativo de manera positiva en su status familiar y social y este a su vez en su autoconcepto al tener una identidad personal y un nombre. Esto les genera no sólo orgullo, sino como lo ilustran las siguientes afirmaciones.

“Como dice mi hermana yo no era yo era el señor, era el que hacer”

O

“Ahora soy yo Rosa María Mancera (el nombre fue cambiado por cuestiones de confidencialidad) la promotora de salud y me da mucho orgullo presentarme cuando vamos al grupo y le digo el porqué y para qué.”

O

“Yo estaba en el anonimato, yo era la esposa de Don Pancho, la mamá de Genaro, la abuelita de Michelle, la bisabuelita de Mariana”

Este impacto, más allá del ecosistema familiar, se ha extendido a un nivel social, donde las promotoras describen tener una visibilidad al ser reconocidas por las personas de su comunidad, incluso algunas a quienes no recuerdan:

“Ahora mire todo el mundo me saluda a uno porque estamos trabajando para la comunidad, conoce a uno tantísima gente de su propia colonia y pasa y adiós adiós, quien es ahh la persona que le dimos el curso”

Del mismo modo, el rol de voluntarias comunitarias les ha alcanzado una posición de respeto y credibilidad dentro de la comunidad, ya que las perciben como fuente de ayuda y consejo, lo cual solidifica su identidad de servicio.

“Obviamente se acercan a pedirte algo y poder ser flexible,” o “pero me ayudo a seguir con el trabajo de servir a los demás”

Impacto esperado. Las promotoras también comentaron el impacto que esperan tener con el proyecto de promotoría tanto de manera individual como familiar y comunitaria. Mencionando primordialmente un interés en un objetivo personal, ya que pretenden “seguir creciendo,” o “ver resultados en sí mismo antes que nada,” o “sobrellevar su enfermedad” y extendiendo su expectativa a buscar un resultado a un nivel familiar, asumiendo un locus de control interno en la calidad de vida de su familia y su longevidad. Finalmente, afirman que una de los objetivos que tienen en el programa es poder transmitir los conocimientos que ellas van adquiriendo para aquellas personas a las que les es aún difícil atender a cursos de salud.

“Pues más que nada enseñar lo mucho o poco que sepan para las personas que no pueden asistir pues entonces si medio lo mucho o poco que sabemos orientamos a la gente”

4.3.4.4. Barreras del programa. Los participantes acordaron que a pesar del agrado que tienen por la promotoría y por su participación voluntaria en el programa, existen ciertas barreras compartidas que hacen difícil su participación en el programa. Una de ellas es la dificultad de comprometer a mujeres en el programa o en los cursos que imparten por un factor que ellas identifican como *machismo*, mismo que definen como limitación para la mayor parte de las mujeres de la comunidad de Santa Fe. Como comenta una señora que se ha enfrentado a esta situación con las mujeres con las que trabaja:

“(Los hombres) quieren que sigamos igual con una venda en los ojos muchas veces las mujeres que tienen sobrepeso es por el marido que tienen así te ves bien, no vayas a bajar, para que no los vea otro, jajaja y este las prefieren tener en su casa las 24 horas, ¡es lamentable!”

“La gente tiene miedo del marido, por errorcitos también y no quieren salir adelante les cuesta mucho trabajo integrarse a un grupo porque tienen mucho que hacer porque tienen que estar ahí para que no las las estén molestando para que no les digan se sienten pues hay muchos machos, mucho mucho machismo, y pues nos hemos sentado mucho.”

Esto hace que tengan que “*lidiar* con las mujeres”, en ocasiones teniendo que acudir a sus domicilios particulares para darles seguimiento y en otras comentando que su pobre nivel de compromiso y participación las hace tener que insistir en proveer de ayuda y conocimientos (“yo soy bien molesta!”)

Desde un nivel social, el trabajo con las personas en la zona de Santa Fe implica el involucramiento con la comunidad a la que describen como hostil hacia las personas externas o incluso agresiva, teniendo que asistirse de un *gatekeeper*, lo que es una personas de la misma comunidad que ya posean un nivel de credibilidad y familiarización con la misma para poder ganar la confianza y la posibilidad del trabajo con esta comunidad

“Porque tú no puedes entrar así nada mas como quiera a la colonia y como por que , no no no porque hay mucha agresividad y la gente no recibe a cualquiera entonces ya me hacia acompañar por las otras promotoras pero de cualquier manera lo mío es estar acá.”

En general, las voluntarias comentan que una problemática común a la que se enfrentan son los largos *trayectos* hacia la Universidad Iberoamericana donde se imparten algunos cursos de capacitación, o hacia la zona del Pueblo de Santa Fe, y las dos a cuatro horas que les lleva recorrer la distancia dado que la mayor parte de ellas se traslada en transporte público a Santa Fe o Santa Fe City, colonias que se encuentra en un área conurbada con pobres accesos por transporte público y alta demanda dado su nivel de movilidad:

“Y este pus vengo de lejos de allá de revolución y esta pesado venir hasta acá pero tenemos qué!”

“Si tengo que dedicar tiempo luego a veces cuando pienso en otras compañeras cuando vienen de Iztapalapa de Xochimilco y se paran a las 4 de la mañana para salir de su casa a las 5 o 6 digo ahí no cálmate pues que estas en la gloria, y si no s toca el trayecto difícil pero yo me pongo a pensar en ellas, que bueno tienen la ventaja de que el metro avanza...”

Otros participantes también señalaron que la cuestión de *tiempo* era una de las barreras principales para comprometerse con el programa, señalando que para algunas de ellas era particularmente difícil dado que trabajaban, mientras que para otras les era difícil debido al número de horas que les exigía el proyecto, aunque siendo menos que las requieren proyectos similares los cuáles han sido abandonados por el nivel de exigencia o, en palabras de una de ellas “es como estar casadas con (el programa)”

Los resultados obtenidos por esta entrevista nos sugieren que los beneficios obtenidos por el rol voluntario son significativos tanto en un nivel personal como en uno social. En el último, consistente al caso de las mujeres de Israel (Daoud, Shtarkshall, Laufer, Verbov, HagarBar-el, Abu-Gosh, 2010) y en los voluntarios de Uganda (Jack, et al., 2011), el ser voluntarios comunitarios en el pueblo de Santa Fe repercutió en su status social como mujeres, dándoles autonomía y voz. Esto a su vez ha impactado en su auto concepto, evolucionando desde una visión de un self dependiente de su sistema familiar a uno autónomo y con un locus de control interno.

Desde una visión ecológica, el impacto social y familiar que han obtenido estas promotoras ha influido no sólo en su formación –y transformación- identitaria, sino que este de forma transaccional ha tenido una repercusión en la manera en la que son percibidas por su comunidad. Al mismo tiempo, la fluidez en la información que han obtenido a partir de su vinculación con otros sistemas: el universitario, el institucional, los diversos hogares e individuos con los que han trabajado han fomentado un pensamiento crítico y problematizado incluso hacia dentro de su contexto habitual previamente naturalizado. Esto a su vez lleva a la necesidad sentida en una necesidad expresada que se convierte a su vez en un catalizador y factor motivacional extendido en su abstracción hacia su comunidad. Es decir, aquello que comenzó siendo una motivación personal para tomar un curso que les sirviera para enfrentar su propia enfermedad o la de su familia, evolucionó, en la gran mayoría de los casos en una motivación

altruista de búsqueda de cuidado de la comunidad a partir de una reflexión de las necesidades que existen en ella en cuestiones sociales y de salud.

No es sorprendente, entonces, que el impacto personal y social que el mismo trabajo voluntario ha traído consigo sea a su vez un factor motivador para mantenerse en esta labor altruista. Al mismo tiempo que se le percibe a este nuevo rol con el suficiente valor para sobrepasar las múltiples barreras percibidas en el desempeño de las tareas de promotoría.

4.4. Resultados estudio 3: Evaluación de proceso de cambio durante las sesiones de OIP-G

El análisis de los resultados de una investigación en terapia puede llevar dos direcciones, una encargada de medir la reducción sintomatológica (Estudio cuantitativo) y una segunda que persiga el objetivo de evaluar el proceso de cambio a partir de la transformación de significados en los participantes, es decir, responder a la pregunta ¿y por qué es esto? (Zittoun, 2011). De modo general, para este estudio, la pregunta planteada es ¿Cuáles son los patrones de cambio asociados a las modificaciones emocionales y conductuales de los participantes de un grupo de OI-G impartido por promotores comunitarios de salud mental del Pueblo de Santa Fe? Los objetivos de este estudio se encuentran enumerados en el capítulo de metodología.

Para este estudio, se desarrolla un análisis individualizado de las sesiones grupales del proceso de Orientación interpersonal por medio del estudio de las grabaciones de cada una de las sesiones impartidas por promotoras de salud mental. Esto se realizó principalmente a partir de tres teorías presentadas en el siguiente orden: 1) investigaciones de cambio terapéutico a partir del enfoque en momentos innovadores por Gonçalves y colaboradores (2010), 2) la teoría de Orientación Interpersonal por Klerman & Weissman; y 3) el análisis de factores terapéuticos propuestos por Irvin Yalom (1995).

4.4.1. Enfoque en momentos innovadores(MI) como método de análisis del proceso de cambio. En esta sección, se realiza un análisis individualizado de los MI vividos por cada uno de los participantes del grupo a partir de diferentes ángulos y organizados de la siguiente manera. Primero se presenta una introducción que detallará la organización teórica; se hablarán de algunas de las variables extrañas teóricamente asociadas al efecto de la intervención (véase cap. 1: Depresión): En primer lugar, la estrategia del autosilenciamiento y en segundo, el desarrollo de algunas barreras que llevan a una obstaculizan la obtención de apoyo social. Posteriormente se presentan los resultados generales de modo cuantitativo, a partir del análisis de algunas estadísticas generales, en el que se pretende ver el rol de variables como la asistencia al grupo y el número total de MI por participantes. Posteriormente se presenta la parte primordial del estudio, que es el análisis cualitativo de los MI por participantes. Para ello, se dividió a los mismos en aquellos integrantes con buenos resultados (Ivonne y Toño) de aquellos con resultados modelos (Jesús y Luis). Finalmente en este subapartado se presenta una relación de los MI con los componentes y estrategias propuestas por el modelo de IPT, manualizadas en el

prototipo de trabajo del grupo de Orientación Interpersonal, subrayando el rol que cada una de ellas tuvo en la generación de MI.

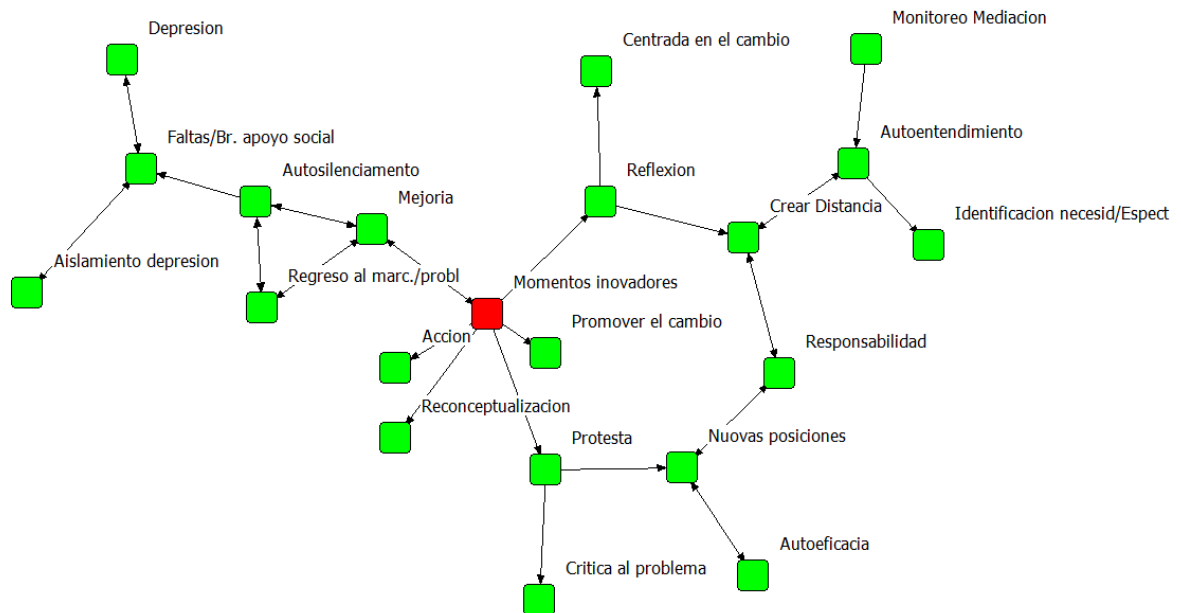
El modelo de momentos innovadores (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009) analiza a partir de los 5 diferentes pasos por los que transitan los participantes de modo ideal durante un proceso terapéutico/dialógico, en donde el nuevo significado se presenta frente al discurso dominante del participante a partir de una voz unificadora que da un nuevo sentido a la experiencia (White, 2007); es decir, una mejoría cualitativa en el episodio depresivo. Por el contrario, un regreso al marcador problema (Return to problem marker) representa un retroceso al discurso tradicional que busca consolidar la perspectiva dominante del self del cliente (Gongalvez, 2012).

De acuerdo a lo analizado cualitativamente se desarrolló un modelo gráfico que pretende dar luz al papel de estos MI (figura 7). En esta, se presenta de modo visual que el efecto de la intervención está asociada de modo positivo a la presencia de MI (sección derecha del esquema), y de modo negativo principalmente a la falta de apoyo social, mediada por el autosilenciamiento que provoca una distancia con el otro, creando un aislamiento interpersonal. Se propone, entonces que esto no solo inicia, sino que mantiene la depresión por medio del regreso al marcador problema, como se observa en la sección izquierda del diagrama.

De modo particular, se sugiere que los cinco momentos innovadores se encuentran integrados entre sí en una red de relaciones que promueven movimientos que benefician al participante. La acción, siendo probablemente aquella que tiene mayor inminencia, seguida de la promoción del cambio a la transformación, seguida de la reconceptualización, reflexión y protesta. De esta misma forma, la toma de responsabilidad sobre la vida personal se fomenta a partir de la toma de distancia y la adjudicación de nuevas posiciones frente a la situación personal, lo que permite la apropiación de un sentido de compromiso. Asimismo, el conferirse una posición diferente (nuevas posiciones), se relaciona a un sentido de autoeficacia que permite el mantenimiento del cambio, como hemos propuesto previamente en esta tesis (Ver autoeficacia en Capítulo 1). Complementariamente, la capacidad de reflexión que da pie de tomar distancia se relaciona con una capacidad de autoentendimiento o incremento en la toma de consciencia personal lograda por una parte por el monitoreo y que a su vez abre la posibilidad de la identificación de necesidades y expectativas personales. Resulta pendiente, en este modelo la identificación de los efectos que tiene la reflexión centrada en el cambio, y la protesta enfocada

en la crítica al problema, aunque de esta última los autores han propuesto que en sí mismo no genera un impacto en la intervención (Gogalvez, 2012).

Figura 4.5. Relación de Momentos Innovadores y con el efecto de la intervención



Milanese (2016)

4.4.2. Variables extrañas asociadas al efecto

4.4.2. 1. Autosilenciamiento. Una de las principales variables asociadas al efecto de la intervención fue el uso de la estrategia de autosilenciamiento. Durante las primeras sesiones se evidenció su uso como una táctica interrelacional común en de los participantes, cuyo uso fue disminuyendo conforme avanzaron las sesiones. De acuerdo a Jack (1999) esta conducta se relaciona con la premisa de que los deseos del otro siempre serán prioritarios, y con la visión social positiva que se le dan a la renuncia y el agrado a nivel social con el fin de evitar conflictos interpersonales y mantener las relaciones actuales. De acuerdo con la autora, esta estrategia conductual suele ser utilizada principalmente por las mujeres, pues han sido socializadas a valorar su capacidad a partir de la calidad de sus vínculos y su interés en el otro.

Una de las participantes, Ivonne mencionó “yo trato de mediar, mi mamá no sabe si yo lloré, si no lloré, si me frustré (...) porque mi mamá tiene muchos problemas para que yo le diga

[los míos]” o más adelante, en la quinta sesión ella misma comentó “mi esposo me dice que entiende, pero en realidad no sabe lo que yo estoy sintiendo.”

Lupita, una de las promotoras, en la segunda sesión expuso la incapacidad de la mujer para expresar sus necesidades de modo explícito a partir de un ejemplo “las mujeres lo que queremos es que el otro nos diga... es que nos quieren. Es que nos aman. Ese apapacho que pedimos por el “¿cómo me veo?” es ¿me quieres? Más bien esa es la pregunta. Pero nosotras las mujeres hablamos diferente a los hombres. Hablamos diferentes lenguajes entonces no nos entendemos porque no sabemos expresar lo que queremos realmente.”

Esto parece consistente con la propuesta de Bieling & Alden (2011) en la relación que dan entre depresión y falta de recursos sociales por parte de las personas con depresión, al mencionar que éstos se encuentran interesados de modo particular en las opiniones de los otros al mismo tiempo que tienen miedo al abandono y a la crítica, haciendo que de modo continuo censuran sus necesidades o afectos para satisfacer al otro y evitar su crítica (Beck, Robbins, Taylor, & Baker, 2001; Blatt & Zuroff, 1992). Es decir, se suprimen ciertos pensamientos, sentimientos o conductas que pudiera contradecir la percepción que tienen de los deseos de los otros para mantener las relaciones, evitar conflictos o asegurar su propia seguridad (Jack & Ali, 2009, p. 5).

Por ejemplo, en el caso del Señor Toño, este mencionó en la sesión dos: “cuando me siento enojado no hablo, me quedo callado, me quedo callado (...), eso es todos los días, y así, todas las mañanas estoy enojado, conforme va pasando el tiempo me voy tranquilizando.” O más adelante que comenta que “[me quedo] callado viendo la televisión, y si le quiero cambiar la televisión se enojan. Yo agarro me enojo, pero callado.” Esto con el fin de evitar disputas, o a su decir “he aprendido a no tener problemas, así como la avestruz, me agacho, escondo la cabeza y me quedo callado” Aunque es capaz de ver las consecuencias negativas de esta estrategia “Pero eso a mí me... o sea, toda la mañana me hace estar enojado.”

Ivonne, por su parte, pudo también identificar el uso de la estrategia de auto-silenciamiento como fuente del cuadro depresivo; es decir, conocer las implicaciones adversas que tiene el callar las emociones, o la voz personal con su sentimiento de infelicidad.

Yo lo que he estado pensando e identificando es que una de las causas que a mí me tienen así es este, que yo no saco mis emociones (...). Entonces yo pienso que toda esa carga que yo no saco, porque mi marido se enoja. A veces sí me pasa yo digo, bueno, ¿a quién fregados le digo lo que siento hoy? (...) A mí ya me tronaron, yo honestamente yo

me siento tronada, tronada, y yo lo he estado pensando, estoy yendo a la escuela de padres para la situación con mi hija y yo estoy cayendo en eso pensando y me están bombardeando esta situación y yo ya estoy tronada, ella lo sabe, yo aparentemente puedo tener un buen matrimonio, mi marido es un buena persona, no tenemos problemas graves, mis hijos son buenos, y esta situación con Jimena y aparentemente pues con una estabilidad económica que nunca nos falta de comer, verdad? Y no le debo dinero a nadie y nadie... o sea, y aparentemente es una buena vida, y yo así siempre lo sentí, pero pues eso yo decía por qué fregados no funciona, por qué fregados me siento triste, por qué yo, o sea... llegó un momento en que dije ¿por qué yo no soy feliz? Si tengo a mi marido y mi marido me ama, si tengo a mis hijos y mis hijos me aman, si tengo a mi madre, si tengo un techo, o sea, por qué Ivonne no es feliz... ¡porque Ivonne no saca nada!

El auto-silenciamiento como estrategia para los hombres, difiere del uso de las mujeres en el sentido de que mientras para las mujeres responde a normas culturales interrelacionales, para los hombres parece estar explicado por la norma cultural de moderación emocional (Smolak, 2010), o el esquema cultural del género como invulnerabilidad. Así, la expresión auténtica se ve mediada por factores culturales que se relacionan a un mayor riesgo a desarrollar sintomatología depresiva y mermar la calidad de las relaciones interpersonales (Jack & Ali, 2010). Un ejemplo de esto se observa en el comentario de Luis ante la muerte de su sobrino “Sí trato de ser alegre con ellos [mis hijos], pero siempre me ven y dicen ¿sí todavía te duele, verdad?”

En la misma línea, el señor Jesús hablo del miedo a ser visto débil “No sé si se le puede llamar pudor, pero cuando uno llega a platicar cosas así que denoten flaqueza, luego se lo agarran a uno de cochinito o no sé, a lo mejor pro eso uno luego no expresa, creo yo. A mí a así me pasaba. Y creo yo, necesita uno desahogarse... ¡creo yo!”

Acorde con el modelo de Orientación Interpersonal, en el grupo se enfocó de modo explícito en modificar esta estrategia, principalmente durante las sesiones 8 y 9 (disputas interpersonales). Esto se trabajó por medio de un enfoque en comunicación a partir de técnicas como el análisis de la comunicación, estrategias de comunicación asertiva, como mencionó Mariana “respetar y decirle al otro lo que sentimos, de la manera adecuada,” y bajo una óptica de identificación y expresión de necesidades y expectativas (Stuart & Robertson, 2012). Esto, conforme a la teoría de Jack (1999), sugiere que el poder escuchar y dar voz a las voces internas

no sólo permite elaborar en la pérdida del self que procede del auto-silenciamiento sino que promueve relaciones más auténticas y rompe con la conexión inequitativa de docilidad y conformismo (Jack, 1991).

4.4.2. 2. Barreras y falta de apoyo social. Relacionado al auto-silenciamiento, se observaron algunos obstáculos que impiden la formación o mantenimiento de redes de apoyo social en los participantes del grupo, relacionados a la sintomatología depresiva. Por ejemplo, la desconfianza en el otro como barrera a la auto-revelación. Un otro que se asume incapaz de guardar secretos, o que utilizará la información en beneficio propio, o que se pudiera mofar del que comunica. Esto suele verse de modo incuestionable como parte del aprendizaje intergeneracional, como fue en el caso de Ivonne, quien citó la frase de su mamá como justificación de su desconfianza “que tu mano izquierda no sepa lo que hizo tu mano derecha.”

Aislamiento. De modo general; sin embargo, los cuatro participantes habían pasado por un periodo de aislamiento asociado al cuadro depresivo (Dill & Anderson, 1999), que los llevó a disminuir la calidad así como la cantidad de sus redes sociales. Como lo menciona T en la segunda reunión “yo quiero estar solo, a raíz de que me vino la depresión yo quiero estar solo, no... me gusta estar aislado,” o más adelante en el mismo encuentro “a veces me pregunto “¿pues que hago aquí? Me digo “¿pues qué hago aquí?” si en un momento dado mi soledad, aunque tengo a mi familia, hay veces en que están todos, y estoy solo en la televi- ahí en la sala en la televisión solito.” De la misma manera, el señor Jesús comenta “y digo no me quites mi tiempo... o sea que... me vuelvo uraño!”

Por su parte, la señora Ivonne hace mención a su tendencia a buscar la soledad y la dificultad de contactar con sus personas cercanas en distintos momentos en las sesiones, sobre todo a partir del cuadro depresivo. En la quinta sesión, la señora Ivonne comentó “el viernes llegó mi mamá con mi hermano y los invitó mi esposo, yo la verdad ya le huía a las reuniones, ya no tenía humor, o sea en el sentido que ay hay que arreglar la casa, hay que hacer de comer, y luego llegan y, no tiene uno ya humor, aunque sea mi mamá y la amo y la adoro (...) o sea soy yo, pues, soy yo quien está en esta situación, así como de gruñona. Así me siento yo, pues. No quiero ese contacto con la gente, ni con mi familia, o sea que eso está grave.”

Por último, Luis menciona “En cierto modo también soy así. No soy arisco, pero a veces no tengo ganas de convivir con mi familia (...) es que no estoy de humor. Es que no estoy de malas, no es que esté de malas, pero simplemente quiero estar solo (...) de plano no quiero hacer

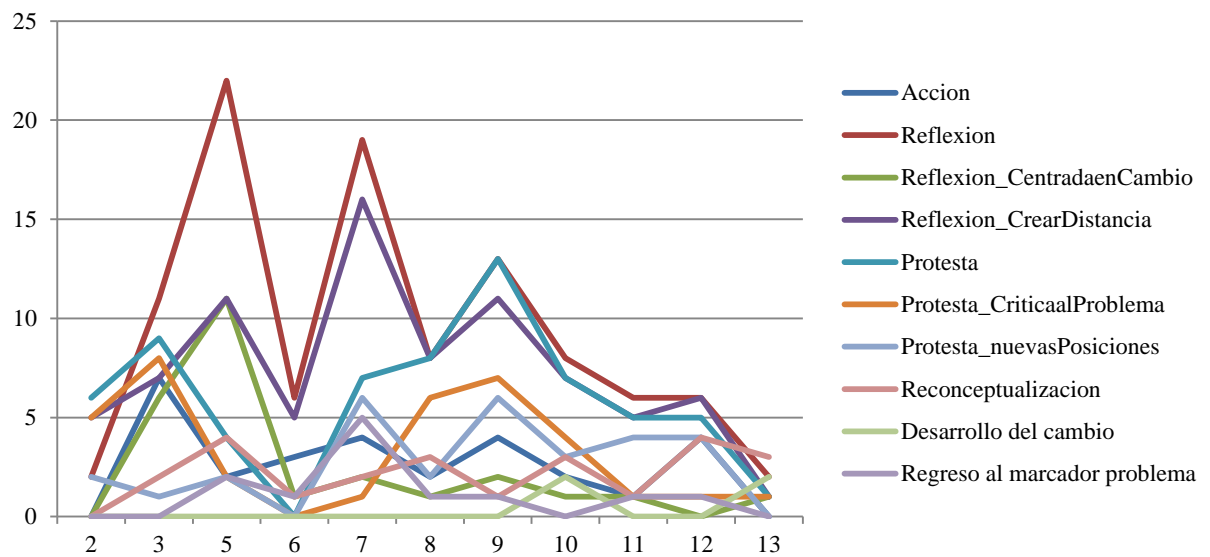
algo, quiero nada más estar en mi cama.” Acorde a lo propuesto en la teoría interpersonal de la depresión descrita previamente, uno de los factores de riesgo principales asociados a la depresión, de acuerdo al modelo interpersonal es el aislamiento y la soledad o la dificultad para obtener los recursos necesarios para hacer frente a los estresores psicosociales (Stuart & Robertson, 2012). De modo paradójico, no sólo los individuos con depresión tienen un antecedente en falta de habilidades sociales, ya sea por falla en el aprendizaje de las mismas debido a la transmisión intergeneracional del trastorno (Eberhart & Hammen, 2010), como por prestar una mayor atención a la vida cognitiva que a los vínculos y las oportunidades de interacción social (Tse & Bond, 2004). En el caso de los cuatro participantes, su tendencia al aislamiento, propuesto como parte del cuadro sintomatológico de la depresión (APA, 2013), se aúna a un deseo por la soledad asociado a irritabilidad y una barrera a la mejoría.

4.4.3. Resultados generales.

4.4.3.1. Referente a los MI. Con el fin de valorar la importancia de cada uno de los momentos innovadores en el proceso terapéutico se realizó una valoración numérica del número de momentos innovadores por grupo de sesión a sesión. Estos se midieron de modo unitario por cada ocasión en la que alguno de los participantes hacía una afirmación o daba seguimiento a un comentario ofrecido por las promotoras asociado a la tipología de momento innovador (ver figura 8).

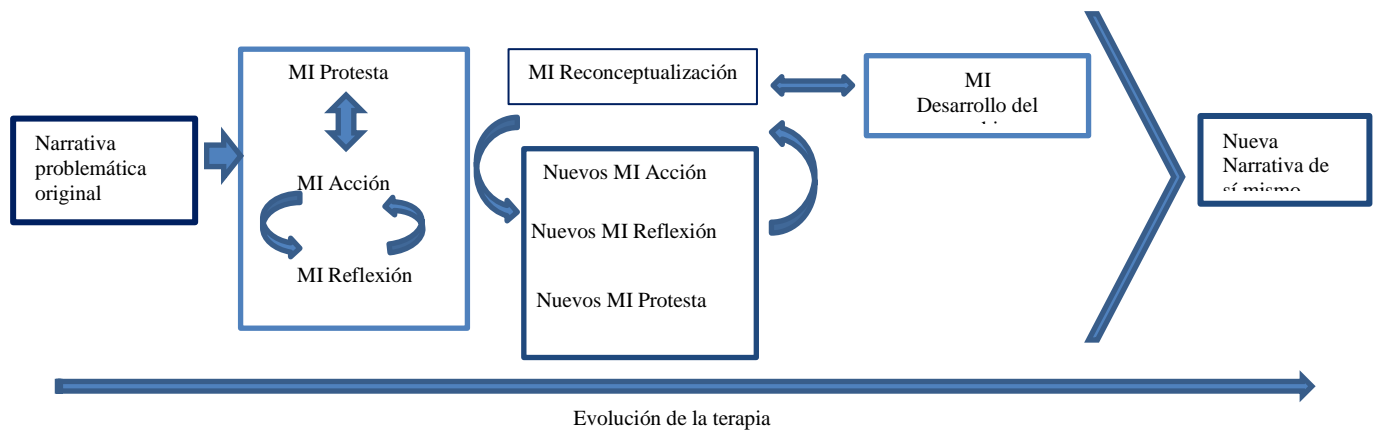
MI por sesión. En relación con la literatura (Alves, Mendes, Goncalvez, & Neimeyer, 2012), pareciera que se sigue un patrón en el desarrollo de la construcción de una nueva narrativa a partir de la evolución del proceso clínico/grupal, evidenciado por la presencia de momentos innovadores (Figura 4.3). Esta comienza con una narrativa problemática que se acompaña de protesta, en un primer momento en una crítica abierta al problema y más adelante en una posición de empoderamiento al asumir nuevas posiciones con una visión más competente de sí mismo. A partir de esto, se comienza un proceso de acción y reflexión que suelen presentarse de forma aislada más interrelacionados entre sí (una acción lleva a la reflexión, al tiempo que una reflexión lleva a la acción).

Esta transición será fundamental para la creación de la reconceptualización, o la capacidad meta-cognitiva de no sólo posicionarse en un entendimiento novedoso, sino también de hablar del cambio y el proceso que lo explica (Goncalves, Ribeiro, Matos, Mendes & Santos, 2010).

Tabla 4.3. Número y flujo de eventos de Momentos Innovadores por sesión

La reconceptualización del sí mismo lleva a su vez a nuevas acciones, reflexiones y protestas que retroalimentan la integración en la reconstrucción de su narrativa a partir de momentos innovadores de reconceptualización. Por último, una vez consolidado, este lleva al desarrollo de cambios o planes a futuro que involucren nuevas habilidades congruentes con la narrativa emergente, incluyendo proyectos, objetivos, actividades o experiencias que no eran posibles anteriormente o estaban restringidas (Goncalves, et al., 2011). La presenta tabla (Tabla 1) muestra el numero de momentos innovadores evidenciados en cada uno de las diferentes sesiones y la manera en la que se fueron presentando a lo largo de las trece sesiones del grupo, de modo análogo a lo propuesto por los autores (Alves et al., 2012 ; Golgalves, 2012).

De modo general, los integrantes del grupo de Orientación Interpersonal, presentaron momentos de protesta, desde la segunda sesión, principalmente de crítica al problema (n=5). Cuando este MI se presenta al inicio de una intervención, se considera algo positivo, pues sugiere que el participante puede tomar un aposición proactiva desde el inicio del programa (Alves, et al., 2012). Otro MI que se presentó desde la segunda reunión fue reflexión, particularmente de toma de distancia (n=5), que implica comprender las causas y consecuencias de los problemas, así como la intención de encarar el mismo.

Figura 4.6. Modelo heurístico de los MI dentro de la evolución terapéutica

Fuente: Alves et al., 2012

Gradualmente el número de momentos de reflexión incrementó, alcanzando su punto más sobresaliente en la quinta sesión con un número de 22 eventos. El objetivo de la quinta sesión fue identificar el área interpersonal para enfocar el esfuerzo de las reuniones subsecuentes, negociando los objetivos personales de modo realista e individualizado a partir del área de trabajo establecida. Por lo anterior, parece lógico que existiera una simultaneidad entre el número de eventos de reflexión toma de distancia y reflexión centrada en el cambio ($n=11$), ya que por una parte los participantes debieron comprender los disparadores personales de la depresión (duelo, disputas interpersonales, transición de rol o soledad/aislamiento), y considerado algunas posiciones originales que contrastaran con la narrativa problemática dominante.

De modo interesante, la séptima sesión (transición de rol) dio cabida al mayor número de momentos innovadores ($n=57$), al tiempo que presentó el índice más alto de MI regresión a los marcadores problemáticos ($n=5$); es decir, de ambivalencia entre la producción de una narrativa novedosa con la reaparición de la auto-narrativa problemática dominante con la que se presentó en un inicio. Se podría inferir que fue en esta sesión donde se vivió un mayor nivel de ansiedad (Gonçalves, 2012), pues como mencionan los autores (Ribeiro & Gonçalves, 2011), cuando los significados novedosos se acumulan, se crea un sentimiento de incertidumbre que requiere de una estrategia semiótica que interrumpe el desarrollo del nuevo discurso para regresar a la visión del self dominante. Es decir, que la incertidumbre que genera el elaborar una posición distinta a la visión problemática habitual, lleva al paciente a sentir distrés, mismo que le lleva a redundar en la

visión problemática en la que se presentó originalmente. En esta sesión, se presentaron principalmente momentos de reflexión, en particular, crear distancia, así como de protesta desde nuevas posiciones; es decir, desde la posibilidad de situarse en un lugar de asertividad y empoderamiento (Gonçalves, Ribeiro, Matos, Mendes & Santos, 2010).

Más adelante, en la sesión 9 se volvieron a presentar un alto número de MIs (n=57), pero en esta ocasión, las cifras parecieron estar más equilibradas entre reflexión y protesta (n=13 en ambos casos). Consistente con el modelo de Alves y colaboradores (Alves, et al., 2012), los momentos de acción, protesta y reflexión se presentan de forma encadenada para dar lugar a la re-conceptualización. Esta última se presentó con mayor prevalencia durante la sesión 12 de retroalimentación (n=4), probablemente por el espacio para desarrollar las explicaciones personales que dieron pie al cambio y la manera en la que se entienden diferentes, es decir, en la que ven la evolución del self pasado frente al self actual.

Por último, pese a que se presentó en una cantidad limitada (n=4), el momento innovador de desarrollo de cambios se vio presente, de modo consistente con la literatura en las últimas sesiones, puntualmente en la décima y durante el cierre, en donde precisamente, aunado a la expresión emocional alrededor de la terminación, se perseguía el objetivo de solidificar las ganancias del grupo por medio de la estipulación de nuevos objetivos y la relevancia de la programación de sesiones de mantenimiento (Manual sesión por sesión p. 53).

La deducción que se hace de lo anterior es que el proceso que siguieron los participantes del grupo de OIP es consistente de modo general con la propuesta de MI, que si bien es una aproximación ilustrativa, aunque no exhaustiva al proceso terapéutico, da una linearidad al proceso que se sigue en la transformación de la auto-narrativa y del self del participante. Es decir, permite elucidar la manera en la que se presentan distintos pasos que parecieran repetirse en los sujetos que obtienen resultados óptimos de las intervenciones, independientemente del modelo estudiado. De modo general, entonces, pudimos evidenciar que mientras la acción se mantuvo de modo relativamente estable, la reflexión, que fue el MI de mayor prevalencia, fue disminuyendo en su aparición, así como la protesta en segundo lugar, dando pie a la reconceptualización y el desarrollo del cambio cuya presencia se reveló en la segunda mitad del proceso.

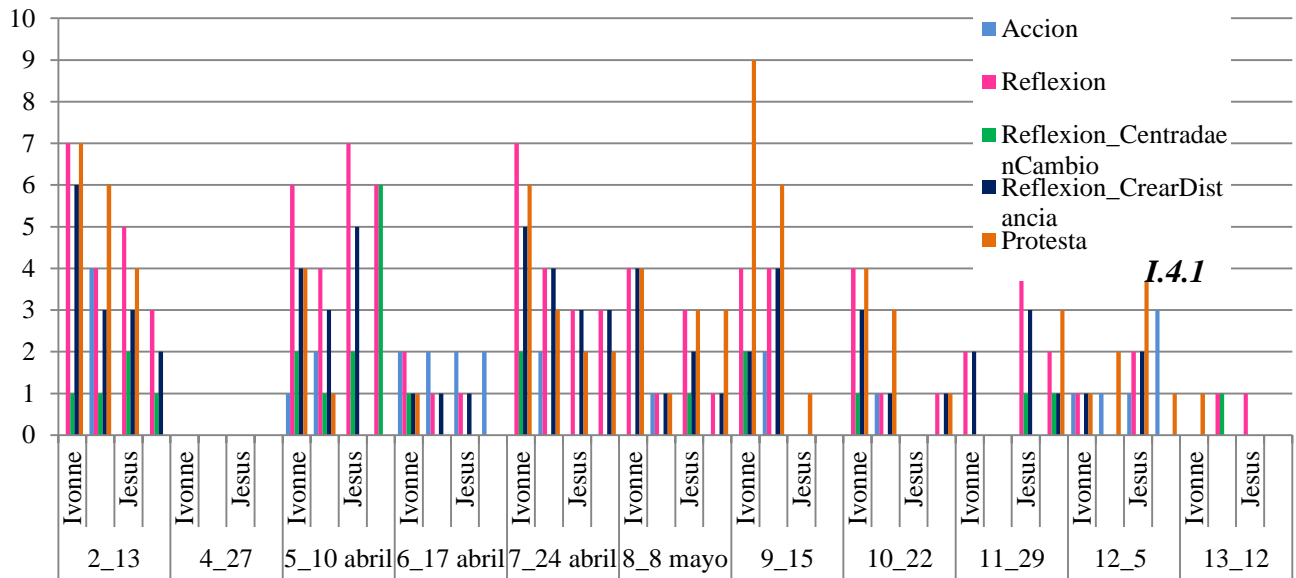
4.4.3.2. Análisis de los MI por participantes. Al querer estudiar la relación que existe entre el efecto de la intervención con el cambio en la narrativa de modo individualizado, se realizó un análisis del discurso evidenciando la presencia de los cinco momentos innovadores

propuestos por Gonçalves y colaboradores en la narrativa de los cuatro participantes del grupo. Como se presentó previamente, se encontró una diferencia en el número de MI por cada participante y cada sesión tuvo un número de MI variante en relación con el objetivo y el tema de la sesión. En este apartado se pretende rescatar los aspectos clave del cambio en narrativa de cada uno de los participantes en los diferentes momentos del grupo con el fin de dar luz al medio por el que se logró el cambio luego del proceso grupal. De modo consistente con la propuesta de los autores, los resultados satisfactorios se lograron a partir de la negociación de las diferentes voces (MI) y el surgimiento y prominencia de estos discursos innovadores que dominaron sobre las barreras presentadas previamente en este capítulo (autosilenciamiento, falta de apoyo social y regreso al marcador problemático). Los resultados se presentan a partir del análisis de los 5 MI: Acción, Reflexión, Protesta, Reconceptualización y Desarrollo el cambio y los ejemplos con mayor representatividad por cada uno de los participantes.

Ivonne. Ivonne se identificó en el área de trabajo de disputas interpersonales, principalmente por la posibilidad de trabajar de modo activo en la situación de conflicto vivida en su casa, particularmente en la relación con su hija adolescente “Cuando veo el problema, de mil problemas digo, bueno, pero me tengo que enfocar en uno. Y el uno es mi gordita, es mi gordita, pero a lo que voy es lo veo bien, lo veo con esperanza, lo veo en positivo. Que todas las situaciones que tengo unas están en mis manos. Otras no.”

Sin embargo, parte de su esfuerzo estuvo también enfocado en el área de duelo posterior a la aceptación del mismo luego de la desaparición de su hermano dos años previos, el trabajo se logró realizar particularmente en las últimas cuatro sesiones. Por último, hacer un trabajo grupal en el tema de déficits interpersonales y aislamiento llevó a un análisis de su tendencia a buscar la soledad y la dificultad de contactar con sus personas cercanas en distintos momentos en las sesiones, sobre todo a partir del cuadro depresivo. Por ejemplo, en la quinta sesión, la señora Ivonne comentó “el viernes llegó mi mamá con mi hermano y los invitó mi esposo, yo la verdad ya le huía a las reuniones, ya no tenía humor, (...) No quiero ese contacto con la gente, ni con mi familia, o sea que eso está grave.”

En referencia a los Momentos Innovadores, Ivonne asistió al total de reuniones (n=13), lo que estuvo relacionado a su buen resultado general del proceso, ya que a mayor número de sesiones, mayor el número de MI, lo que se asocia a una mayor posibilidad de mejoría en los participantes (Santos, Gonçalves & Matos, 2011).

Fig. 4.7. Número de Momentos innovadores por participante y distribución por sesiones

Análisis por participantes de buenos resultados (Para un análisis detallado del proceso de cambio de cada uno de los participantes, referirse al Anexo L)

Ivonne comenzó la intervención desde la segunda sesión con altos niveles de protesta y de reflexión. La última, reflexión, se mantuvo alta durante la quinta sesión (personalización del trabajo) y séptima sesión (transición de rol), disminuyendo en la sexta y de modo paulatino desvaneciéndose hacia la onceava en adelante. En el caso de la protesta, alcanzó su punto más alto en la novena sesión, que se enfocó precisamente en su área de trabajo: disputas interpersonales, particularmente enfocado a comunicación. La presencia de estos MI en estas sesiones responde a los objetivos de las mismas, ya que la reflexión, desde la posibilidad de crear distancia del discurso problemático es consistente con la meta de personalizar el trabajo, encontrando las causas de la depresión en un disparador interpersonal, por una parte, así como la posibilidad de entender su narrativa dominante en los diferentes estadios de su vida, trabajo que tomó lugar durante la séptima reunión. Nuevamente, de modo consistente con la literatura (Alves et al., 2011) presentó la capacidad de reconceptualizar a partir de la séptima sesión, y la presencia de este MI se mantuvo, e incluso incrementó en la onceava sesión, lo cual se espera para individuos con un buen resultado en el proceso de intervención (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011; Santos, Gonçalves, Matos, & Salvatore, 2009).

Acción. Como lo proponen los autores (Alves et al., 2012; Gonçalves, et al., 2010), los MI de acción surgen a partir de una protesta al problema y llevan a su vez a la reflexión. Un ejemplo de un MI de acción para Ivonne fue durante Semana Santa “Hacia rato que no salía (...) y fuimos a comprar un helado e hicimos (...) romeritos”

Reflexión. Ivonne presentó significativamente más MI de reflexión tanto en número de apariciones, duración y prominencia, sobre todo a partir de las primeras cinco sesiones en las que evidencio pensar diferente al discurso problemático (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011). El contenido de sus reflexiones revelaron diferentes características, principalmente el entendimiento de su depresión y sus disparadores, las consecuencias que el mantenimiento de esta depresión había tenido en sí misma y en su relación con los otros, principalmente en su núcleo familiar, y los incidentes que mantenían su depresión.

Protesta. Ivonne presentó el número de MI protesta más alto que el resto de los participantes, al tiempo que este fue el MI más relevante en su proceso de intervención en las 13 sesiones, sobretodo en la novena sesión. Los MI de protesta integran los MI de reflexión y acción que están encaminados a criticar la versión de sí misma que ha mantenido el problema. Como menciona Gonçalves (2012), los MI de problema se presentan usualmente en las primeras sesiones como una base para la acción y puede ser una generalización a todo el self “O sea yo estoy mal. Yo no digo que ella no o que sí, ¡pero aceptar que YO estoy mal!”

Reconceptualización. Luego de que la protesta había sido el MI más relevante para Ivonne, se empezó a dar pie a la emergencia de MI de reconceptualización a partir de la séptima sesión, corroborando la teoría propuesta anteriormente (Alves, et al., 2012). De modo general, ella abordó tres temas en su proceso: 1. la aceptación de la desaparición de su hermano, y la posible muerte (trabajo de duelo), y la nueva manera de hacer frente a esta situación de modo cercano a la familia y las redes interpersonales, facilitando el proceso de duelo (Pressman, & Bonanno, 2007; Stuart & Robertson, 2012); 2. nuevas maneras de acción y comprensión par hacer frente a las disputas con su hija “Y y y pues yo creo que algo que me ha servido en estos último días. Una es ponerme en el lugar de ella y el otro ha sido de que no es personal (...)” y 3. Un reposicionamiento frente a las enfermedades asociadas al climaterio y su posición pasiva que la llevó al aislamiento y este mismo a su vez desencadenó la depresión, como lo propone la teoría (Markowitz & Weissman, 2012, p.100; Weissman, 2006)

Bueno a mí el taller en realidad me sirvió muchísimo, yo me sentía muy mal, muy mal. Yo ya traía muchas cosas guardadas de mucho tiempo y yo me refugiaba en en este... en las hormonas, ¡tengo que aceptarlo! Tengo que aceptar que yo decía ‘no es que estoy en el climaterio y así...’ entonces todo se lo echaba al climaterio. Y la verdad es que no quería yo hacerme responsable, creo, hacerme responsable de la situación de vida que tenía en ese momento. O que tengo, ¡pero ya la veo diferente! (...) Yo sí venía así muy muy mal. Ahorita contestando el cuestionario (Hamilton), contestando el cuestionario me di cuenta, ¡porque no me había dado cuenta! Yo ya duermo, ¡y no dormía! Me despertaba en la noche y no podía dormir y así y ¡no ya no! ¡Ya duermo de filo! Ah ¡caray! Bueno, entonces este, traía varias situaciones de salud que fue lo que me dio el tiro de gracia (...) ¡Yo estaba encerrada! Yo no salía de mi casa, si yo podía no salir al mercado yo no salía de mi casa.

Desarrollo del cambio. Como menciona la teoría (Santos, et al., 2009), solo después de que se dio el MI de reconceptualización, se pudo dar pie a la planeación de desarrollo del cambio en la doceava y la última sesión. Por una parte, por ejemplo, identificando el trabajo y las barreras a las que se iba a enfrentar con su familia (su mamá y hermanos), frente a la desaparición de su hermano, y por otra, el compromiso continuo a realizar con su hija para poder mantener la relación satisfactoria que había logrado, pero bajo nuevos planes y una visión esperanzadora del futuro.

De acuerdo a los resultados cuantitativos, el caso de Ivonne es un ejemplo de buen resultado en intervenciones, logrando los objetivos de disminuir la sintomatología depresiva, de acuerdo a la escala de Hamilton, e incrementar la percepción de apoyo social (Ver resultados Estudio 1). El análisis de estos resultados desde la visión de MI resulta consistente con los pasos y la prominencia del proceso de cambio desde la perspectiva de este modelo teórico (Bento, Ribeiro, Salgado, Mendes, & Gonçalves, 2012; Ribeiro et al., 2015; Santos, et al., 2009), comenzando con un discurso problemático que dio pie al MI de protesta, acción y reflexión que se alimentan mutuamente, dando pie a mayor número de MI que enfrentan el discurso problemático dominante previo permitiendo un reposicionamiento novedoso, flexible y adaptativo que permite comprenderse desde una posición empoderada y esperanzadora frente a los estresores psicosociales y las demandas relacionales:

(...) hay que tomar herramientas para poder vivir mejor, para ser mejor para caber mejor, para querer mejor a la gente que amamos, que a fin de cuentas es la que nos va a sostener para que cuando lleguen estas cosas [eventos negativos] pues que estemos de pie, y así si nos caemos siempre va a haber alguien que nos levante o que nos ayude a levantarnos. ¡Pero hay que seguir haciendo, trabajando, tratando de ser mejores personas!

Esto a su vez se complementa con la capacidad metacognitiva de comprender el proceso que permitió este paso, lo que disminuye la posibilidad de recaídas (Gonçalves, 2012) al solidificarse la identidad inédita que el proceso grupal ha permitido, dando pie a nuevos planes a futuro bajo una visión inconsistente con el discurso problemático inicial, en el caso de Ivonne, basado en desesperanza, indefensión y pasividad asociados a la depresión (Joiner, Wingate, & Otamendi, 2005).

Toño. Junto con la señora Ivonne y Luis, el señor Toño se identificó dentro del área de disputas interpersonales debido a las peleas abiertas y encubiertas que había estado teniendo con su esposa durante los últimos 12 años. Esto se ejemplifica en su siguiente narrativa: “Pues yo estoy entre las disputas y el cambio de rol, ¿sí? La soledad yo creo que es la consecuencia de las disputas y el cambio de rol, más bien yo creo que es disputas interpersonales con mi pareja.” Como lo menciona este comentario, también enfocó su atención en el área de aislamiento (déficits interpersonales), que identificó como un disparador y una consecuencia de la misma sintomatología depresiva “yo quiero estar solo, a raíz de que me vino la depresión yo quiero estar solo, no... me gusta estar aislado,” y esto lo ejemplificó durante el proceso por elecciones conductuales como quedarse viendo la televisión en un cuarto separado al resto de su familia, o confinándose en un cuarto en casa de sus papás durante las tardes y fines de semana con el objetivo de evitar la convivencia.

El señor Toño asistió a un total de 12 sesiones. Así como en el caso de Ivonne, esto se puede relacionar con sus resultados positivos (Santos, Golcalves & Matos, 2011); sin embargo, se puede proponer que su misma tendencia a la persistencia ante las tareas y los compromisos así como su nivel motivacional median esta relación, o incluso hacen posible la viabilidad del proceso terapéutico (Renaud, Russell, & Myhr, 2014).

Este participante comenzó igualmente con protesta, así como con una tendencia a la acción, misma que se disminuyó dando pie a la reflexión durante la sexta y séptima sesión. A decir de Gonçalves (2012), algunas personas comienzan con acción pasando a reflexión variando

el orden relativo de los MI más no el resultado. Los autores proponen que la toma de acción lleva a la reflexión en la medida en la que el individuo puede tomar distancia de su problemática y entender algunas relaciones causa-efecto que su propia conducta y pensamientos tienen en el discurso dominante o su percepción del problema (Alves, et al., 2011). En su caso, es particularmente relevante que a partir del noveno encuentro él se enfoca en protesta, desde una posición empoderada diferenciando su discurso dominante de la narrativa actual que rechaza la suposición problemática dando pie a la reconceptualización que se presentó desde la octava sesión dando pie a una nueva comprensión del proceso de cambio (Santos, et al., 2009).

Acción. De la mano con el modelo Interpersonal, los MI de acción, que en el caso del señor Toño se identificaron 15 eventos estuvieron enfocados en dos tareas: mejorar la relación con su esposa y disminuir el aislamiento a partir de la búsqueda del establecimiento y mantenimiento de redes. El primero se trabajó desde dos vertientes: la manera de actuar frente a ella en la cotidianidad, y la forma de responder de modo activo ante las disputas, enfocando su atención en la posibilidad de la negociación con el fin de evitar llegar a un punto muerto (Stuart & Robertson, 2012), al tiempo que facilitó la disminución en la frecuencia e intensidad de las mismas.

Reflexión. El proceso de reflexión del señor Toño fue importante al permitirle tomar una posición cognoscitiva novedosa frente al discurso que lo había llevado a mantener las disputas con su esposa que a su vez dieron pie a su aislamiento y por consiguiente a su depresión (Davila, Hammen, Burge, Daley, & Pale, 1996). Una de las tareas pilares del modelo TIP es identificar y hacer explícito el disparador o área interpersonal a trabajar durante el proceso de intervención (Stuart & Robertson, 2012) con el fin de identificar las causas de la depresión, o del problema, logrando así una comprensión de los antecedentes que dieron pie a la situación actual. Por otra parte, la narrativa alrededor de su discapacidad lo posicionaba como un individuo indefenso y lesionado, identificando y responsabilizando a su enfermedad con su salida laboral, y a esta, a su vez, con su ruptura de redes familiares gratas; sin embargo, durante el trabajo de transición de rol, él pudo reformular esta situación interpersonal y laboral, entendiéndolo de modo disímil: “A lo mejor esa es mi ventaja, ahorita que lo estás diciendo. Es convivir más con los nietos (...) porque con mis hijas yo no conviví, porque yo era trabajar y trabajar y darles...”

Ante la toma de consciencia de su propio papel en las disputas, el señor Toño adquirió una posición más empoderada, para hacer frente al problema al encontrar que tenía entonces la

posibilidad de mejorar la relación, como lo ejemplifica esta frase de la quinta reunión “Sí, porque mi actitud hacia ella, mi actitud hacia ella. Que ya no la agredí, ya no nos agredimos estos cuatro días.”

Protesta. Como lo propone el modelo de MI (Alves et al., 2012; Gonçalves, 2012; Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles, Gonçalves, 2011), el Señor Toño comenzó el proceso de orientación interpersonal con la presencia dos MI: de reflexión y protesta, particularmente del subtipo “crítica al problema” en donde comenzó por distanciarse del problema y protestar en contra de su “carácter,” o la manera en la que respondía emocional y conductualmente en las interacciones con su familia, en particular con su esposa “El problema es que no escucho (...) yo no lo había detectado, me lo hicieron ver ustedes ¡Que me siento que me están atacando!”

El Señor Toño también identificó la falta de reconocimiento a su esposa, la inutilidad de su estrategia de aislamiento y de evitar la negociación con su esposa, negando la posibilidad de comunicación y de solución de conflictos interpersonales. Así, le fue posible tomar una posición más asertiva frente a la dinámica familiar y de pareja en la que se había estado desarrollando, brindándole la posibilidad de sentirse nuevamente en control de un aspecto de la relación, y por ende, de su vida. Esto se ejemplifica en la siguiente afirmación derivada de la técnica del “dar el rol de enfermo” (Stuart & Robertson, 2012) “Entonces agarré y dije ‘no, tengo que... tengo que hacer algo.’ Entonces toda la noche parte de la madrugada estuve viendo mi error... y dije, no es que no tengo que ser así. ¡Yo no soy así! (...) ‘esta es mi enfermedad.’ (...) Estuve toda la noche pensando (...) y al otro día me levanté y me levanté yo creo que con una actitud muy positiva.”

Reconceptualización. Como se analizó en los resultados cuantitativos, a partir de las puntuaciones obtenidas por la escala Hamilton en la treceava, y tres y seis meses después, el caso del señor Toño se considera un caso con resultados positivos en la disminución significativa de sintomatología depresiva. De acuerdo con esto y corroborando la teoría (Gonçalves, 2012; Ribeiro, et al., 2011; Santos et al., 2009), el señor Toño presentó un alto número de MI de reconceptualización, MI clave en los casos con resultados positivos.

Un ejemplo de esto fue durante la última sesión donde evidencia su movimiento desde una conceptualización personal como un individuo indefenso y enfermo a uno que poseía más recursos personales frente a las adversidades que enfrentaban el resto de los miembros del grupo “Así me sirvió. Yo me sentía bien deprimido, me sentía... ustedes lo vieron, ya casi no lloro

como al principio. O sea me sirvió mucho esto (...), Entonces o digo, no yo estoy en la gloria, ¿verdad? Con mi enfermedad. Yo me sentía el más malo de todos pero al ver esto...”

Este sentimiento de bienestar como parte del cambio logrado durante la participación en el grupo es un ejemplo del MI de reflexión, que ilustra el cambio en la narrativa de sí mismo previo y posterior al grupo, tanto en la manera de entenderse “Yo me sentía el más malo de todos,” como en la manera de actuar “ya casi no lloro como al principio.”

Desarrollo del cambio. En el caso de Toño, no obstante él comenzó a actuar diferente a partir de la segunda sesión, su proyección del cambio no trascendió significativamente, presentando únicamente dos eventos de MI de desarrollo de cambio para la semana trece. Sin embargo, estos eventos sí se dieron seguidamente a la reconceptualización (Gonçalves, 2012), ejemplificando la emergencia de una versión de sí mismo en contraposición con la previa al inicio del grupo y en un renovado empeño por mantener la relación con su esposa a partir del uso de las habilidades interpersonales obtenidas en el grupo de OIP. Una cita de lo anterior se dio en la décima sesión “Me he estado funcionando. Entonces la mayoría de las cosas de aquí, casi es el 80% que yo estaba haciendo mal, entonces hay que darle un giro de 90 grados si quiere uno salvar la situación, la negociación que dices tú, entonces yo la quiero salvar y he puesto mucho de mi parte, pienso que ella ya me entendió y ha puesto mucho de su parte.”

Análisis por participantes con resultados modestos

Jesús. En el caso del señor Jesús, su motivo de consulta, de acuerdo a su solicitud explícita en Casa Meneses fue duelo luego de la muerte de su esposa cuatro meses atrás. Como trabajo alternativo al duelo, y bajo el entendimiento de que éste estaba siendo mantenido por una situación de aislamiento (soledad) se propuso un enfoque paralelo en el trabajo de déficits interpersonales.

El señor Jesús asistió a 10 de las trece reuniones grupales. En su caso, la presencia de protesta (n=14) y reflexión (n=21), sin acompañarse significativamente de MI reconceptualización (n=2), pudiera relacionarse con su desenlace menos óptimo a mediano y largo plazo debido a la incapacidad de vincular el cambio positivo con un entendimiento del proceso y los medios (acciones y pensamientos) que le llevaron al mismo (Santos, Gonçalves & Matos, 2011; Santos, et al., 2009). Esto pudiera explicar de modo parcial que su sintomatología depresiva disminuyera de 15 (ligeramente deprimido) a 10 (no-deprimido). Sin embargo, esta mejoría se mantuvo de modo longitudinal a los tres meses posteriores a la terminación del grupo.

Jesús comenzó su asistencia al grupo en la segunda sesión y mantuvo la misma dinámica de MI durante su proceso en el grupo: empezó con momentos de protesta y reflexión, sobretodo ésta última en la segunda sesión; sin embargo, él no presentó, sino hasta la sexta sesión, un discurso de acción. Consistente con la teoría (Alves et al., 2011; Gonçalves, 2012), fue hasta mediados del tiempo en el grupo (octava sesión) que tuvo un discurso que evidenció una reconceptualización. No obstante lo anterior, éste se presentó sólo en una ocasión durante este encuentro. Si bien en el análisis sintomatológico mostró un cambio que lo posicionaría como “buen resultado,” disminuyendo su sintomatología depresiva y manteniendo esta última en el seguimiento a tres meses, el desarrollo de su proceso a partir del análisis de MI lo pondrían en riesgo de ser un modelo de resultado poco favorable (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011). Esto ya que la importancia de la reconceptualización está basada en la posibilidad de integrar el self-pasado con el self actualizado cuya identidad difiere del discurso problemático y se consolidan a partir de procesos de reflexión y acción inconsistentes a aquellos vistos previos a la intervención. Es decir, la reconceptualización, de acuerdo a los autores, será el MI que permita la transformación de la dualidad a partir de la consolidación de un nuevo sistema de significados (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011).

Acción. La propuesta de los MI integra no solamente aquellas conductas, pensamientos y sentimientos que difieren a la narrativa problemática iniciadas por cliente, sino también a las aportaciones que el otro, ya sea el terapeuta, el líder del grupo o el promotor dan y son aceptados por el individuo (Lyra, 2011; Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles, 2013). La instrucción directa que le dio la promotora con el fin de disminuir el aislamiento fue entablar una conversación con una persona que tenga mucho tiempo de no hablarle o no llamarle. Esta indicación proponía una conducta que distaba de la forma habitual en la que se comportaba el señor Jesús llevándolo al aislamiento e incrementando la dificultad de elaborar el duelo luego de la muerte de su esposa (Pressman, & Bonanno, 2007; Stuart & Robertson, 2012).

Reflexión. El MI con mayor presencia en el proceso de Jesús, se presentó a partir de la segunda sesión al identificar que su tristeza se asociaba a la soledad que sentía luego de la muerte de su mujer, y que esta se presentaba particularmente en las noches. Asimismo, habló de la utilidad de ir comprendiendo a partir de “desmenuzar y acomodar el problema;” es decir, de entenderlo de modo distinto al que hacía previamente.

Durante el proceso grupal logró tres objetivos del trabajo de duelo: El primero, entender de modo integral a su esposa, a partir de ser capaz de recordarla desde sus virtudes y defectos; en segundo lugar la aceptación de la muerte como un proceso natural de la vida y por último, poder compartir el proceso para volver a restablecer las redes interpersonales se buscó a partir del trabajo enfocado en el aislamiento, mismo que se enfoca más en activación conductual (acción).

Protesta. Presentó dos críticas a su forma de comportarse y pensar durante las primeras sesiones. La primera, dentro del área de trabajo de déficits interpersonales o aislamiento, la irritabilidad asociada a la depresión, así como la falta de habilidades sociales, y la segunda en contra del sufrimiento por el duelo y la actitud pasiva que se pudiera tomar frente a él, haciendo de éste un problema crónico “¡Llega un momento en que hasta la goza uno, yo creo (el sufrimiento)!,” permitiendo este desafío se dio pie a la identificación de los momentos de dolor y el cuestionamiento de su utilidad, así como de la manera en la que este dolor pudiera estar cubriendo las expectativas imaginadas de la esposa.

El desafiar el concepto de sí mismo o la manera narrativa problemática se convirtió en un paso fundamental para permitir la emergencia de posiciones diferentes, empoderadas y autoeficaces frente a la narrativa problemática. Esto se ejemplifica en el comentario que hizo en la octava sesión “Si yo he visto que hay un avance porque eh... todavía tiene 4 días que [pensé] ‘yo quiero a mi esposa’ ([y me contesté] ‘ay sí, ya está aquí, no ¡pues si ya no está!’ ¡Tiene uno que aceptarlo! Entonces este ya... he estado más tranquilo.”

Reconceptualización. Siendo el MI más relevante para el cambio terapéutico de largo plazo y los pacientes que muestran buenos resultados (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011), es importante puntualizar que en el caso de Jesús, se encontraron únicamente dos evidencias de este MI en su discurso. Esto puede deberse a dos motivos: el primero, que durante las sesiones el señor Jesús tuvo una participación menor, consistente con la descripción que hizo de sí mismo como un señor prudente, que no quiere dar molestias o evita ser visto o exponerse. El segundo, que efectivamente no haya logrado el proceso metacognoscitivo que involucra el análisis de la transformación personal a partir del proceso de intervención en dos momentos: pasado y presente. Esta segunda opción supondría un resultado menos positivo en la última medición cuantitativa de los efectos de la intervención en las mediciones evaluadas. No obstante, este no fue el caso para la valoración de la sintomatología depresiva, (15 frente a 10 en las mediciones posteriores), o autoeficacia (31 en la medición previa, 35 en la semana doce y 38 en el

seguimiento a tres meses), o apoyo social (78 en la medición previa, frente a 84 en la última semana y una ligera disminución a 82 en el seguimiento a los tres meses). Sin embargo, en comparación con los resultados obtenidos por Ivonne y Toño quienes presentaron un mayor número y prominencia de Mis, especialmente de reconceptualización (ver inciso II.3.2. MI por participante), los alcances obtenidos por Jesús fueron más conservadores.

Desarrollo del cambio. Al igual que la reconceptualización, el desarrollo del cambio es uno de los MI que diferencia a los casos exitosos frente a los que no logran resultados positivos luego de una intervención (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011). Este MI usualmente se presenta en las últimas sesiones de las intervenciones psicoterapéuticas como evidencia de la modificación del paciente en la posición del self. Sin embargo, en el caso del señor Jesús, a pesar de tener un incidente de este MI, no presentó de modo consistente un discurso que elucidara una planeación a futuro de nuevos proyectos basados en los logros obtenidos durante las semanas de trabajo con las promotoras en el grupo de OIP.

A modo de conclusión, si bien Jesús tuvo un número menor de MI frente a los participantes Ivonne y Toño, nuevamente se observa el mismo patrón de aparición de los MI conforme avanzó el proceso que proponen Alves y colaboradores (Alves, et al., 2012), en donde los MI de protesta y reflexión se presentan al inicio de la intervención, dando pie a los MI de reconceptualización, en el caso del señor Jesús en la octava sesión y dirigiendo su atención a la meta, se observan los MI de desarrollo del cambio. Sin embargo, los MI de reconceptualización se presentan únicamente en una sesión y con una prominencia muy baja, lo que puede explicar el resultado subóptimo que logró en el grupo de OIP, con una disminución de cinco puntos en la escala de Hamilton, posicionándolo en una depresión ligera, frente a la depresión moderada con la que ingresó al grupo, pero manteniendo los cambios en las mediciones longitudinales a tres meses.

Luis. En el caso del participante Luis, se identificó que su área de trabajo estaba enfocada en disputas interpersonales desde la entrevista inicial. Esto debido a que su motivo de consulta era una pelea por la custodia de sus hijos luego de un divorcio en el que la relación con la pareja continuó siendo el eje principal de las reuniones en el grupo. Aunado a esto, previo a la sesión número once, Luis también vivió la pérdida de su sobrino, por lo que el trabajo de duelo se pudo enfocar en Jesús, Ivonne y Luis. Por último, al igual que con los demás miembros y como parte del proyecto de mantenimiento y formación de redes, el trabajo con Luis se enfocó en el

aislamiento (déficits interpersonales). Esto a pesar de que se identificaba a sí mismo como alguien muy sociable.

Luis asistió únicamente a la mitad de las reuniones (n=6); lo que pudo haber estado asociado a su modesta mejoría. Luis se presentó al inicio del programa con una puntuación de Hamilton que lo posicionaba como no-deprimido (Hamilton=5); sin embargo, el nivel de disputas interpersonales que presentaba lo colocaban en una posición vulnerable a nivel familiar, profesional y personal. La asistencia de Luis al grupo fue, de entre los cuatro participantes la más baja de todos, acudiendo únicamente a 6 de las 13 reuniones. Sin embargo, su proceso pareció seguir un patrón consistente con el resto de los copartícipes y aquél propuesto en la literatura (Alves et al., 2011; Golcalves, 2012), excepto que él hizo un comentario que correspondía a reconceptualización tan temprano como en la segunda sesión. En esta, Luis hablaba ya de una mejoría relativa, lo cual sugiere dos posibilidades. La primera, que a semejanza del 25% de las personas que asisten a un encuentro denominado “terapéutico” presentan una mejoría luego de una sola sesión (Kadera, Lambert & Andrews, 1996); o que su discurso respondiera a una característica personal de altos índices de deseabilidad social, lo que explicaría también, de modo parcial, la baja puntuación en la escala de Hamilton en la evaluación inicial.

De modo general; sin embargo, Luis presentó el siguiente patrón de MI en su discurso. En la segunda sesión tuvo un discurso que ejemplificaba un proceso de reflexión, mismo que se intensificó para la quinta sesión. Para la sexta sesión, él presentó un patrón hacia la acción, que dio pie a un discurso de protesta, reflexión y reconceptualización para la séptima sesión, es decir, para la mitad del proceso, como lo plantean los autores en el modelo escalonado de MI (Alves et al., 2011; Gonçalves, 2012). Este patrón normativo en la creación de una identidad más flexible y que da respuesta al medio responde al proceso de cambio de posicionamiento del self que permite el asignar un nuevo significado a la relación bilateral entre el discurso problemático y los MI (Josephs & Valsiner, 1998). Para la octava sesión, hubo un movimiento particular hacia la protesta pero desde una posición empoderada, misma que en la sesión once y doce se hizo característicamente evidente. En el caso de Luis, esto fue relevante, dado que previo a la sesión once sufrió la pérdida de un ser querido, lo que al incrementar el estrés lo ponía en una posición particularmente vulnerable para adoptar la posición del self problemática o del discurso dominante (Whitaker, 2006). No obstante, fue en la sesión doce en la que volvió a presentar un

momento de reconceptualización. Se postula que existe una relación entre la ausencia de reconceptualización y un pobre desenlace de la intervención (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011).

Acción. Consistente con la descripción de Gonçalves y colaboradores (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg 2010), la acción se refiere a una conducta que rompe con la manera usual de comportarse del individuo (p.269). Aunque por sí solo no lleva al cambio (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). Luis tuvo diversos ejemplos de este MI. Por decir, en la penúltima sesión, Luis comentó “[Estoy leyendo un libro] y se llama el infierno del rencor y la magia del perdón y me acuerdo mucho de ustedes dos porque cuando llegué aquí me sugerían todo esto, ¿no? Dejar ir de todo lo que ya no... y aprender de veras a perdonar a quien me hace daño.”

Reflexión. A pesar de ser el MI con mayor número de apariciones (n=13) en el discurso de Luis a lo largo de las trece semanas, lo mismo que en la acción, el MI de reflexión de modo aislado no lleva al cambio de posición del individuo; sin embargo, se presenta en las primeras sesiones (Alves et al., 2012) como los primeros movimientos cognoscitivos esperados de un proceso de intervención que dan pie al cambio, o como evidencia para el mismo participante o sus familiares, del mismo (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). Un ejemplo de un momento de este MI fue cuando pudo comprender que la manera en la que él se comportaba con su familia difería a la manera en la que se relacionaba con otras personas de su red, lo que podía explicar al menos de modo parcial el rol activo que él estaba jugando en el inicio y el mantenimiento de las disputas. El poder hacer esta toma de conciencia le permitió comenzar con los MI de acción, lo que a su vez daría inicio al proceso de cambio (Alves et al., 2012).

Una vez que se comienzan a generar cambios se vuelve importante la capacidad de reflexionar en los mismos con el fin de considerar algunas de las estrategias implementadas (Gonçalves, et al., 2009). De esta forma, Luis no sólo fue capaz de observar un cambio personal a partir de asistir a los grupos de OIP “Gracias a las terapias, los temas que hemos visto, yo me siento con un... como si fuera para mí una nueva herramienta, lo que yo he aprendido aquí.” También, Luis pudo identificar algunas habilidades particulares que permitieron este cambio.

Protesta. Este MI puede ser favorecedor en el proceso de intervención, al distanciar a la persona de su propio problema; sin embargo, una narrativa basada en este MI pudiera ser llegar no sólo a estancar a la persona en un discurso pesimista y de desesperanza, sino que lo llevarían a un entendimiento de sí mismo y el mundo problematizante sin la capacidad de ser influido por el

individuo (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), es por esto que más allá de la protesta “crítica al problema,” es el “surgimiento de nuevas posiciones” lo que evidencia una posición de empoderamiento frente a la posición dificultosa en la que se encontraba previo al inicio del grupo.

Probablemente el ejemplo más claro de este MI se presentó en la onceava semana, cuando Luis analizó la posición personal y familiar en la que se había encontrado los últimos años, marcada por disputas, infidelidades y enojo hacia su expareja en particular y la vida en general. Desde un enfoque espiritual, Luis recalcó “Él (Dios) no está para cumplir los caprichos de nadie, nos hace entender a veces por las malas que uno se quiere seguir embarrando de lodo.” Con esta afirmación, Luis se posicionó en contra de la manera en la que había estado actuando, pensando y sintiendo previamente; es decir, confrontó su narrativa de sí mismo, el otro y el mundo que había estado marcada por cogniciones depresogénicas o, a decir de Beck (1967), la triada cognitiva característica el paciente con depresión (para más de esta teoría referirse al primer capítulo: Depresión, en el subtema de los modelos de la depresión, el subíndice 2.a. Dimensión cognitiva de la depresión). De esta forma, las herramientas de habilidades interpersonales que brinda el modelo de IPT facilitaron un acercamiento al problema persistente de una forma más empoderada para el participante.

Reconceptualización. Los MI de reconceptualización tuvieron una duración corta en la segunda sesión y no volvieron a aparecer sino hasta la doceava reunión. El ejemplo más relevante se dio en uno de los desacuerdos con su expareja

Pues yo vengo todavía un poco más contento, creo que sí me está sirviendo un poco demasiado esto. El problema que tengo con mi mujer no ha cambiado, pero sí hay una... una relación un poco más cordial, ya pude llegar a un diálogo con ella, platicamos muy muy largo, este... pues entre comillas nos pedimos perdón el uno al otro, delante de mis hijos. No hubo ni siquiera una mala palabra, un intento de discutir, nada por el estilo. Nos costó mucho trabajo llegar a ese diálogo, pero creo que fue un gran avance porque todo lo que me he llevado de aquí, la tranquilidad, las ganas de, de superarme a mí mismo, de escuchar a mis compañeros, creo que he tomado las cosas buenas de cada uno para aplicarlas a mi vida y las llevé a cabo exactamente al otro día de la terapia con mi mujer.

De esta manera, Luis mostró la comprensión de algunas de las estrategias que había estado empleando para moverse de una posición de enojo y empecinamiento en la comunicación, a un diálogo que permitiera acercarse a una negociación, distanciándolo de las disputas continuas que había estado teniendo con su expareja.

Desarrollo del cambio. Luis no presentó evidencia de este MI en su discurso; sin embargo, esto pudiera explicarse debido a que durante las últimas reuniones surgió una nueva área de trabajo: el duelo. Por lo mismo, las últimas sesiones estuvieron enfocadas en el trabajo de duelo ante la muerte de su familiar, perdiendo el enfoque original con el que se presentó al inicio del grupo: disputas interpersonales.

Regreso al marcador problema. En el caso particular de Luis; sin embargo, hubo varios momentos que lo regresaron al discurso original (la narrativa problemática), diferenciándolo de los casos de éxito (Santos, et al., 2009). Fue sobretodo relevante que aún en la onceava y doceava sesión presentó ejemplos de una narrativa problemática de responsabilizar a su expareja de la dinámica hostil persistente a pesar de los MI que se habían presentado en reuniones anteriores que dado paso a responsabilizarse y tomar una posición activa en las disputas.

En el ejemplo siguiente que se dio en la doceava sesión “A veces siento como que me da limosna, (...) Y cuando me dijo te perdono, (...) a lo mejor hice mal pero como yo también tenía un resentimiento, le dije sabes qué pues la verdad es que tu perdón no me interesa, ¿no? No lo quiero y yo no te pido perdón por el daño que te hice (...).” Aquí se ve como a pesar del trabajo de disputas que se había estado llevando a cabo, en el caso de Luis hay una narrativa problemática que no dio lugar al desarrollo y trascendencia de los momentos innovadores.

No obstante lo anterior, no se puede restar la importancia que tuvieron los MI de modo general en el proceso de Luis, ni su efecto en la sintomatología depresiva. Es probable que, como se mencionó anteriormente, variables como la asistencia, la tenacidad del discurso previo y la emergencia de un nuevo disparador depresogénico hayan influido en el efecto de las intervenciones y sus resultados moderados en comparación con los otros miembros del grupo.

4.4.3.3. Relación de los MI con IPT. De modo paralelo a lo que los estudios realizados por Gonçalves y colaboradores han propuesto para pacientes con depresión, el discurso presentado por los cuatro participantes al principio del grupo, se regía alrededor de los temas de pérdida, inhabilidad y desesperanza (Gonçalves & Machado, 1999). Este mismo se fue

modificando tanto en forma como en la posición subjetiva en la que cada uno de los participantes se situaba a lo largo de las trece semanas de duración del grupo de OIP.

El análisis de lo anterior llevó a identificar algunos de los mecanismos que promueve el cambio dentro del modelo implementado por este grupo de Orientación Interpersonal basado en el modelo de IPT de Klerman, Paykel y Weissman de 1969 (Weissman, 2006). Esto es, se propone que estos mecanismos y estrategias funcionan como mediadores para promover la emergencia de MI, que a su vez se asocian al cambio en la narrativa problemática de sí mismo y la comprensión del mundo del paciente (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). Algunos ejemplos de ellos se elaboran a continuación (para un análisis de cada uno de ellos refiérase al manual por sesiones en el anexo 6).

De modo lógico, en primer lugar, las tareas de activación conductual (como aquella propuesta en la sesión dos, seis, ocho y décima) se relacionaron al surgimiento de MI de acción, fundamental para iniciar un proceso de reflexión y protesta que comience a dar evidencia de competencia personal. Asimismo, las tareas de monitorización de estados anímicos a partir de la gráfica del humor facilitó el proceso de reflexión, en particular, el de reflexión crear distancia, al identificar momentos de excepción de la emoción, y más adelante (en la quinta sesión) el poder vincular este estado de ánimo con los disparadores interpersonales, promoviendo el autoentendimiento. Al mismo tiempo, esta misma actividad de vigilar el estado anímico evidenció semanas con menor incidencia de tristeza e irritabilidad, lo que dio cabida a los MI de reflexión centrada en el cambio.

El otorgar el rol de enfermo (segunda semana) facilitó la protesta, lo cual a su vez llevó a la reflexión y a la acción. Es decir, cuando los participantes se presentaron a entrevista, su narrativa estaba basada en el entendimiento de que su identidad estaba vinculada a la sintomatología depresiva, impidiendo la capacidad de visualizar otras posibilidades de cognición, acción o emoción (Gonçalves, Matos & Santos, 2009). Sin embargo, cuando se les dio el rol de enfermo, que pretende externalizar el problema (Stuart & Robertson, 2012), se abrió la posibilidad a una toma de distancia del síndrome, una protesta a sus acciones y las de los otros, que perpetuaran el problema, y una posibilidad de actuar y pensar de modo divergente a este cuadro psicopatológico, regresando a los participantes la responsabilidad de su intervención. Al mismo tiempo, el asumir una nueva posición (protesta, nuevas posiciones) permitió un

empoderamiento que se relaciona con un incremento en el sentimiento de autoeficacia (variable evaluada en el estudio 1).

Las habilidades instruidas como las técnicas de solución de problema (octava sesión) llevó a la reflexión crear distancia, al tener que hablar del problema como un ente con potencial de solución, la acción y la reconceptualización en el quinto paso que requiere un análisis de la estrategia implementada y su eficacia en los pasos hacia la resolución del problema. Al mismo tiempo esta técnica incrementó el sentido de competencia de los participantes, no sólo al promover la participación por medio del consejo a los compañeros del grupo, sino al fomentar la implementación de las alternativas entre las sesiones.

Las herramientas brindadas para el manejo de conflictos interpersonales, como el análisis de la comunicación (novena sesión), favoreció la reflexión crear distancia. Esto debido a que los participantes pudieron observar su rol en las disputas, así como la posibilidad de influir de forma activa en las mismas por medio de un cambio en las cogniciones, conductas y emociones durante los diálogos, dando a su vez pie a una protesta nuevas posiciones.

En diversas tareas presentadas en el manual (primera, tercera, quinta, séptima, octava, y novena) se plantean preguntas o actividades que lleven, justamente a un trabajo de reflexión (crear distancia y nuevas posiciones). Por ejemplo, en la tercer sesión se pregunta acerca de la calidad de las relaciones interpersonales (“¿Qué te gusta de esta relación?”, “¿Qué tipo de apoyo te da esta persona?”, “¿Cómo apoyas tú a esta persona?”) o en la quinta que se pide que relacionen sus emociones esquematizadas en la gráfica del humor con sus nodos relacionales y su área de trabajo de acuerdo al modelo IP. El objetivo de las anteriores, fue el de invitar a los participantes a entender su situación desde nuevas perspectivas, explorar las experiencias desde distintos niveles de análisis, identificando situaciones o experiencias novedosas, así como cuestionando las cogniciones habituales (Ribeiro, et al., 2013).

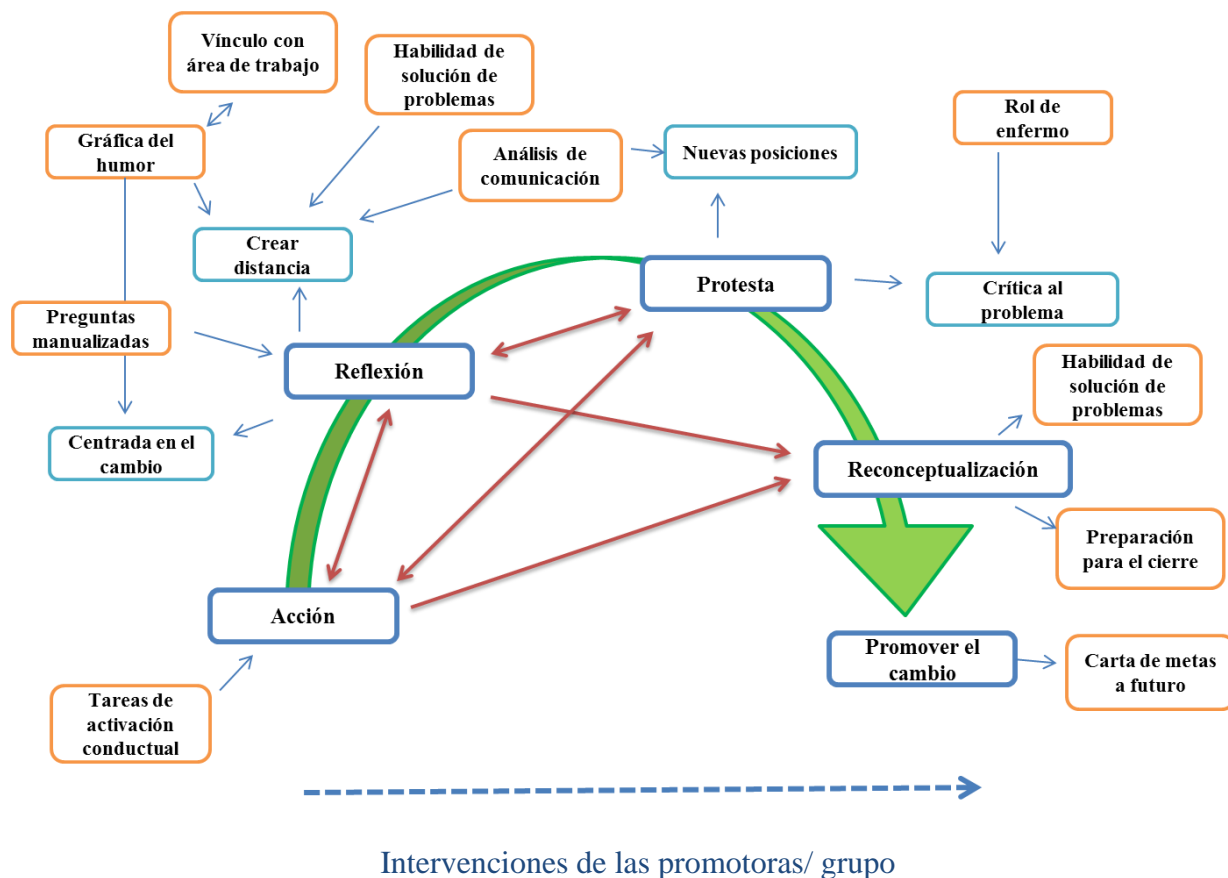
Específicamente en la onceava semana de trabajo el tema “preparación para el cierre” se dio espacio para la reconceptualización al integrar el trabajo realizado hasta el momento y permitir un análisis metacognoscitivo de los avances realizados y las estrategias, herramientas o técnicas empleadas para lograr este avance. Al mismo tiempo, se propuso una tarea de escribir en un sobre las metas anticipadas para el tercer mes y sexto mes posteriores (desarrollo del cambio).

Es relevante mencionar que los movimientos en los MI se facilitan por medio de las intervenciones del facilitador, o en este caso, de las promotoras de salud mental, quienes tienen

un papel clave en la promoción del cambio por medio de dos tareas principales: dar el apoyo y escucha para hacer sentir al participante seguro, y ofrecer la posibilidad de una visión diferente (o discurso alterno) que rete la narrativa dominante del participante y junto con ello las cogniciones, conductas y emociones que presentaba al inicio del encuentro (Ribeiro, et al., 2013). Al mismo tiempo, la historia de vida fuera de la sesión, o aquello que sucede en su cotidianidad tiene un impacto en el efecto de la intervención, así como los giros que toma la misma. Un ejemplo de esto fue la sesión dedicada a la muerte del sobrino de Luis luego de su inesperada y súbita muerte.

Finalmente, el papel de las estrategias particulares del ipt, facilitado por las promotoras por medio del manual de orientación interpersonal grupal cubren el objetivo planteado en su modelo de disminuir la sintomatología depresiva (Estudio 1) a partir de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y de facilitar el movimiento del paciente en mis conforme avanzan los encuentros semanales.

Fig. 4.8. Mecanismos de IPT que promueven los MI

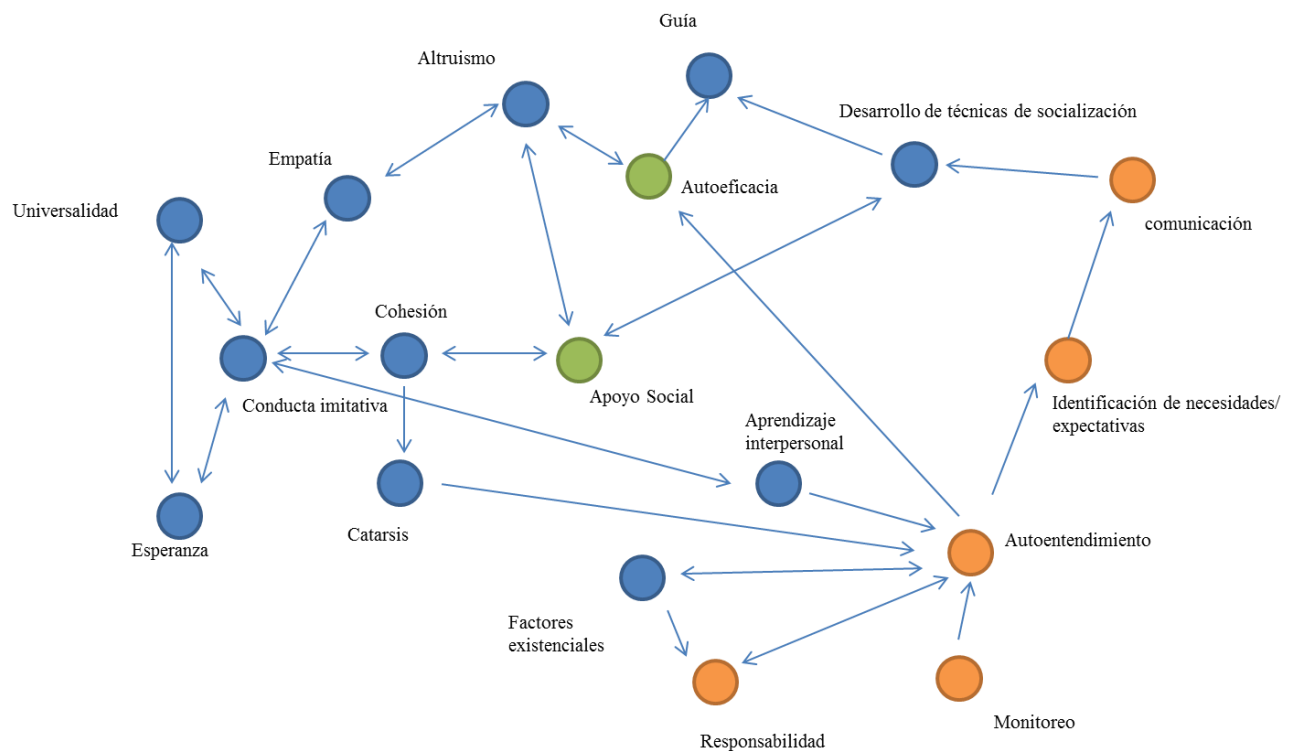


4.4.2. Factores terapéuticos grupales como medio para el proceso de cambio grupal

Al ser un proceso grupal cuyo enfoque es el incremento en habilidades interpersonales y redes sociales, el análisis del proceso integró la incorporación de los factores terapéuticos grupales (FTG) propuestos por Yalom (para más información, referirse al capítulo I Depresión, en el subíndice 2.2.3.3. *Formato grupal de la Terapia Interpersonal*; y en el capítulo II Psicología Comunitaria en el subíndice *G.1 Terapia Interpersonal Grupal como un modelo de intervención comunitaria para el manejo de depresión, G.1.c. Modalidad grupal TIP*).

De los once factores se rescataron diez de ellos (esperanza, empatía, guía/consejo, catarsis, aprendizaje interpersonal, altruismo, cohesión, conducta imitativa y universalidad). Se integraron al análisis comunicación en lugar de desarrollo de técnicas de socialización, pues el objetivo del grupo estaba dirigido a esta tarea, lo que hubiera hecho muy amplio el enfoque en este factor terapéutico. Lo mismo con los factores existenciales y la recapitulación del grupo primario familiar, que integran en sí mismos un modelo teórico muy amplio para este trabajo.

Figura 4.9. Matriz de adyacencia Factores terapéutico grupales y variables OIP-G



4.4.2.1. Factores terapéutico grupales y variables OIP. Los factores grupales de altruismo y guía se relacionaron con los niveles de autoeficacia. Esto es, a más competente se percibe un miembro del grupo, más tiende a dar información o consejo (guía). Al mismo tiempo, este sentido de competencia se relaciona a una tendencia de ayuda al otro (altruismo), que a su vez también da un sentido de importancia personal y pertenencia (Cutrona y Russell, 1987). De forma evidente tanto la guía como el altruismo se vinculan con el apoyo social y la percepción del mismo, así como con la mejoría en la calidad de las relaciones interpersonales tanto fuera como dentro del grupo (cohesión) (Ajrouch, Reisine, Lim, Sohn, & Ismail, 2010; Cutrona y Russell, 1987; Ajrouch, et al., 2010; Lara, Navarro & Navarrete, 2004; Weiss, 1974).

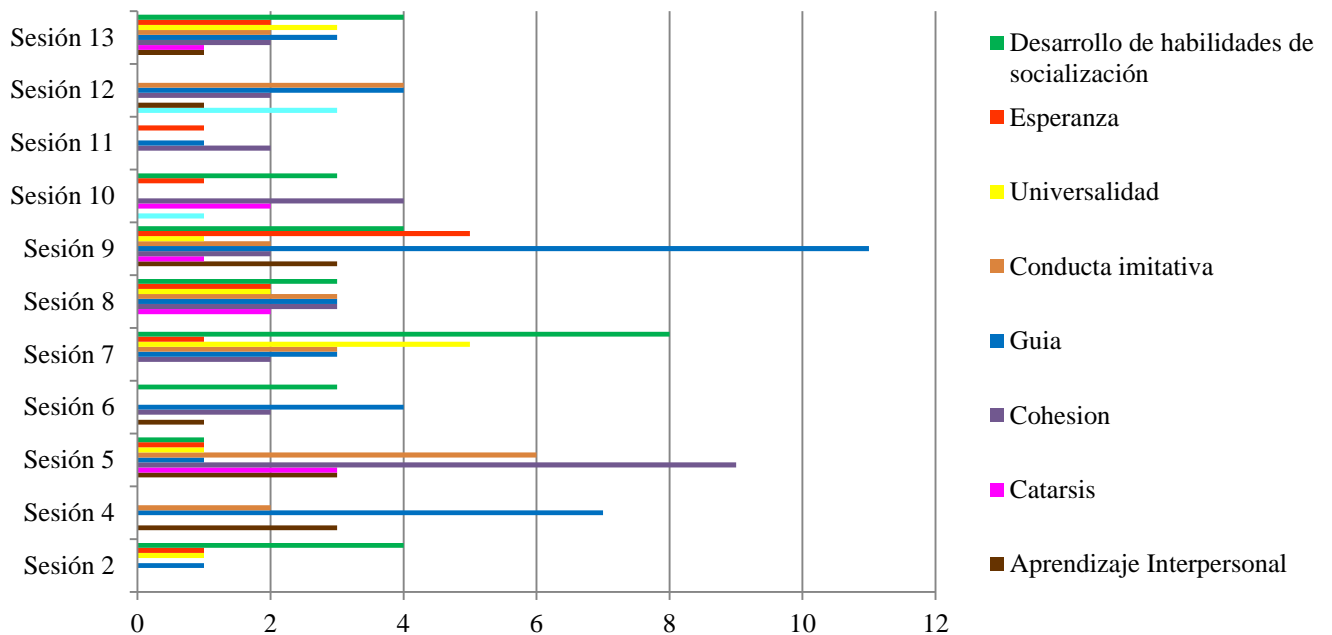
El aprendizaje interpersonal, de acuerdo al modelo de Yalom (2005), integra tres características: insight, que para este trabajo limitamos a autoentendimiento; el trabajo de la transferencia, que no se incluye en este trabajo por cuestiones teóricas; y las experiencias emocionales correctivas. La primera se logró a partir del trabajo dentro del grupo y fuera por medio del monitoreo. La tercera se manejó desde la capacidad de identificar y poder comunicar de modo distinto las necesidades y expectativa propias, dando espacio a experiencias interpersonales novedosas. De esta forma, este aprendizaje interpersonal se relaciona con el factor terapéutico del desarrollo de nuevas estrategias de vinculación (el enfoque de la TIP) para mejorar la calidad de las redes interpersonales y con ello disminuir la depresión. De modo más específico, se identificaron narrativas que evidenciaron la adquisición de habilidades sociales, mismas que se enlistaron dentro del desarrollo de técnicas de socialización (Habilidades de socialización); sin embargo, por amplitud, en este trabajo no se enlista el trabajo con comunicación en particular.

Tabla 4.4. Factores terapéuticos grupales

	TOTALES
Altruismo	4
Aprendizaje Interpersonal	12
Catarsis	9
Cohesión	28
Guía	38
Conducta imitativa	22
Universalidad	13
Habilidades de socialización	30
Esperanza	14
TOTALES:	170

4.4.2. 2. Factores grupales en el grupo OIP por promotoras. A lo largo de las 25 horas de grabación se encontraron 170 evidencias de factores terapéuticos dentro del discurso de los participantes del grupo de OIP dirigido por promotoras a lo largo de doce sesiones (Cuadro 1). Esto presupone un proceso terapéutico eficaz pues se han identificado previamente como mediadores del éxito en un proceso grupal (Yalom, 2005). La presentación y prominencia de los mismos fue variando a lo largo de las trece sesiones (Tabla 3).

Fig. 4.10. Factores grupales por sesión



Guía (información). El más constante FTG, fueron los eventos de guía, que incluían psicoeducación, consejo o sugerencias tanto de las promotoras hacia los miembros del grupo como entre ellos mismos. Esto puede deberse a que en este grupo en particular, no sólo hubo un componente de psicoeducación explícito, sino que se promovió el intercambio de información entre los integrantes del grupo de modo azaroso y planeado. Un ejemplo del segundo fue en la actividad de solución de problemas, en la que se exhortaba a los miembros del grupo a dar sugerencias de vías de acción frente a las situaciones que estaban viviendo los otros. Estas actividades se hicieron para dar cabida a puntos de vista alternos, al tiempo que se acierta que el consejo es un subtipo de apoyo social (Broadhed, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1989).

En este sentido, los miembros del grupo dieron consejo de diversos temas, desde psicoeducación en la segunda sesión acerca del tema de depresión y estrategias utilizadas por los miembros para hacer frente a cada uno de los síntomas que la acompaña, hasta maneras de volver a vincularse con la pareja y actividades para la convivencia, estrategias de comunicación de necesidades y expectativas hacia los hijos y familiares, uso del tiempo, y vías de acción frente a problemáticas específicas. Un ejemplo de esto se dio durante la octava sesión cuando Jesús, basado en su propia relación con su hija, aconsejó a la señora Ivonne un trato más flexible en las reglas impuestas a su hija dentro de casa con el fin de mejorar la relación.

(...) Creo que sí somos muy indómitos. Eh... no le llamaría quebrar, sino ser más flexible. Yo también me pondría en su lugar (...) hay que ser sensibles, hay que ver (...) que no es uno el capataz porque al rato no me va a platicar. Porque a lo mejor me dice sí voy a la escuela y a lo mejor no va. Porque se va de pinta, porque es que ahí va a quedar la idea a que uno los obligó a eso, a ya no platicarnos a lo mejor actuar de otro modo. ¡Entonces sí creo que hay que ser más flexible!

Cohesión. El segundo factor terapéutico en número de eventos presenciados, la cohesión, se refiere al sentimiento de pertenencia a un grupo que se valora y en el que los miembros, incluyendo a las promotoras tienen un contacto física y emocionalmente cercano (Andersen, Kohberg, Herborg, Sogaard, & Roessler, 2014). En la valoración cualitativa del impacto de la intervención en los participantes de un grupo, de modo histórico y hasta la actualidad, la cohesión suele mencionarse en los tres primeros factores en orden de importancia (Andersen et al., 2014; Burlingame, McClendon, & Alonso, 2011; Sherry, & Hurley, 1976), mientras otros lo posicionan como una variable mediadora del efecto del grupo en variables como confianza, unidad, regulación afectiva y cooperación (Irwin, Tsang, Carlisle, & Johnson-Shen, 2014; Yalom & Leszcz, 2007).

Como propone Mackenzie (1994), el sentido de cohesión del grupo, facilitó la autorevelación, un ejemplo de esto fue cuando la señora Ivonne habló de modo abierto, incluso de temas biológicos y ginecológicos en este grupo predominantemente de hombres, o temas de su vida personal que a su decir previamente “le daban pena.”

Durante las primeras sesiones, el promover la cohesión fue tarea de las promotoras, así como el evidenciar el rol de esta confianza en el grupo, como lo ejemplifica esta frase de la promotora en la quinta sesión “Esta es buena compañía, aquí lo podemos escuchar y entender.”

Sin embargo, conforme avanzó el grupo, fue este mismo quien puntualizó el rol de la confianza, la pertenencia a este grupo, la influencia que los miembros tenían uno sobre el otro en el estado anímico de los otros participantes. Un ejemplo que se dio en la octava semana fue en un intercambio entre una de las promotoras y Jesús con el resto del grupo,

Jesús: Estamos en confianza! No voy a decir que es una familia, pero sí nos comprendemos todos

Lupita: Y sí somos una familia porque nos estamos apoyando, porque estamos juntos, porque estamos haciendo lo que hace una familia. Escucharnos, comprendernos apoyarnos, y aquí vienes a esto. No te sientas con este miedo de que te van a ver, ¿quiénes te van a ver? Lo importante es que tú te sientas así.

J: Pues sí, porque si no tuviera esos eventos, sería como estarnos mintiendo. Pensar que uno siempre está bien y no, va a estar peor la cosa.

El comparar al grupo con la familia fue importante en una comunidad en donde el papel familiar es de apoyo y contención (Miville & Constantine, 2006 en Koydemir-Özden, 2010) y en una cultura en donde la familia juega un rol fundamental en el sentido del self y de pertenencia (Díaz-Loving, et al., 2011; Marcowitz, et al, 2009; Roselló et al., 1996; Triandis, 1989).

Por último, la cohesión con el grupo promovió también la realización de las tareas, pues el deber no se volvió una responsabilidad personal, sino una con un grupo con el que se tenía un deber, lo que incrementó la posibilidad de cubrir los objetivos personales que las actividades en casa tenían. Esto corrobora el rol mediador de la cohesión en el efecto personal del grupo (Yalom & Leszcz, 2007).

Conducta imitativa. Al identificarse con ciertos miembros del grupo, los participantes logran aprender de forma vicaria, a partir del modelaje conductas prosociales y de ayuda como la auto-revelación, el apoyo, estilos de afrontamiento. Al manejar problemas similares (las cuatro áreas de trabajo a las que se enfoca el trabajo grupal), los participantes pueden aprender y beneficiarse del trabajo de aquellos miembros no sólo que se presentaron con el mismo disparador depresogénico, sino con la intervención en problemas comunes que tienen –o pudieran enfrentar en un futuro- con los otros miembros del grupo, a esto se le llama terapia vicaria o de espectador (Yalom, & Leszcz 2007). Esto abiertamente lo comentó la promotora en la cuarta sesión de identificación del área de trabajo, en donde dijo: “Vamos a trabajar en las áreas de establecer un compromiso con esta área. Ya después iremos viendo las demás. Como dicen,

obviamente pues aquí todos nos vamos a ayudar, porque aquí todos tenemos conflictos similares o después se nos van a presentar porque la vida no se termina aquí.”

Catarsis. Usualmente identificado entre los factores comunes de la psicoterapia (Garfield, 1995), la catarsis en este grupo fue la capacidad de expresar emociones positivas y negativas en un ambiente seguro, lo que supone que debía existir previamente un sentimiento de cohesión grupal. Principalmente, el componente dentro de este FTG fue la habilidad de expresar emociones de modo social (Sherry & Hurley, 1976), lo que es congruente con el objetivo de la Orientación Interpersonal (Weissman, 2006). Por ejemplo, en las primeras sesiones, luego de una ausencia de dos semanas, uno de los participantes mencionó haber extrañado al grupo para poder compartir lo que le había estado sucediendo, o expresar lo que había estado sintiendo. Al igual que en otras investigaciones (Grencavage & Norcross, 1990; Sherry, & Hurley, 1976; Yalom, & Leszcz 2007), este factor fue de ayuda en sí mismo de acuerdo a los participantes. En la décima sesión Luis comentó “Me he vuelto a dar cuenta que la vida es muy bonita que hay cosas que merecen mucho la pena, tan solo el hecho de que ustedes cuatro me estén escuchando, de compartir este tiempo con ustedes, pues... para mí me hace sentir tranquilo!” o, si bien de forma insuficiente para integrar el constructo de modo íntegro, la participante Ivonne comentó en la última sesión “Me ha servido eso también, me ha levantado mucho. El haber podido venir y desahogarme. ¿Se acuerdan como lloraba los primeros días y así? O sea, ¡ese desahogo me ha servido mucho!”

Aprendizaje interpersonal. Como se mencionó previamente, este FTG integra el autoentendimiento, en análisis transferencial y las experiencias novedosas de respuesta del otro a partir de modificaciones conductuales interpersonales, o la experiencia emocional correctiva. Este constituye la interpretación y modificación de respuestas conductuales interpersonales, previamente rígidas, basadas en esquemas relacionales que ocasionaban causalidades circulares de patrones en las interrelaciones. Es decir, la manera usual de anticipar la calidad de las relaciones está basada en modelos de trabajo aprendidos en la infancia (Bowlby, 1969) o esquemas (Beck, 1983), lo que lleva al individuo a actuar un rol social que suele ser rígido en los diferentes contextos en los que se desenvuelve (Whitaker, 2006) y con esto promover una respuesta estereotipada de sus interlocutores, la cual suele ser de desapego o rechazo (Hammen, 1991).

En este grupo, los participantes llegaron inicialmente con modos de relación interpersonal estereotípicos y rígidos, así como estrategias de autosilenciamiento, dependencia interpersonal y aislamiento, que estaban contribuyendo a la ruptura de sus relaciones interpersonales y a su aislamiento y a su vez disparando la sintomatología depresiva. Por medio de la interacción grupal y el interjuego de participantes (Whitaker, 1992), los participantes fueron capaces de ver la manera en la que su conducta interpersonal no adaptativa estaba influyendo en sus relaciones, particularmente aquellas fuera del grupo, como lo ejemplifican las siguientes enunciaciones:

Toño: El problema es que no escucho, ¿sí? Y eso fue lo que... mi primer punto que yo vi, que no escucho. Entonces traté de decir, ¡bueno! Yo no lo había detectado, me lo hicieron ver ustedes. Que esa es la idea. Que no escucho. Que me siento que me están atacando. ¿Sí? o sea yo puse... no escucho, y cada pregunta o algo así siento que me están atacando. O en el caso de la señora Ivonne

Ivonne: Así como lo comentaba don Toño, a lo mejor yo... toda esta situación mía, se la estoy poniendo a mi hija, y a lo mejor yo veo las cosas más grandes, ¡a lo mejor yo me angustio gratis!

De esta forma, ambos participantes pudieron ver la manera en la que el modo en el que estaban actuando (“no escucho”), interpretando (“siento que me están atacando”) y pensando (“yo veo las cosas más grandes”), estaba influyendo en sus relaciones interpersonales de modo negativo, así como el efecto que las estrategias como el autisolenciamiento estaba teniendo en su salud emocional (véase autosilenciamiento en este mismo capítulo).

Altruismo. Identificado por Yalom y Leszcz (2005) como el beneficio que en sí mismo se recibe por el hecho de dar, este FTG es particularmente relevante en los pacientes con depresión que se presentan con un sentimiento generalizado de indefensión (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). La terapia grupal se propone como la única que da a los participantes la posibilidad de apoyar dentro del proceso a otros que viven situaciones de vida semejantes. Las formas de hacerlo puede ser tan extensa como las provisiones de apoyo que existen (Cutrona & Rusell, 1987). Más allá que el mero apoyo emocional y la cohesión, en el caso del grupo hubo cuatro momentos en los que se evidenció este factor de forma aislada y no traslapado con otros factores, como suele suceder con este FTG (Yalom, & Leszcz 2007). En la doceava sesión, el señor Jesús e Ivonne tuvieron un diálogo que evidenció este FTG en donde el señor Jesús utilizó su propia experiencia para apoyar a Ivonne en la relación con su hija

Jesús: Y de lo que comenta, pues que le sirva de algo lo que estoy viviendo para comentarle... lo que cueste el tiempo que sea, lo que tenga que invertirle no escatime. Todo, porque mi esposa defendía mucho a mi niña (...) Así esté uno de lo peor, si educa uno a los hijos salen bien.

Ivonne: El señor Jesús no nos acaba, bueno a mí en lo personal de demostrar de que estamos mejorando. Cuando empezamos a tener a capacidad de que en medio de nuestros problemas podemos ayudar a alguien como en este caso, (...) se tomó el tiempo, se tomó la molestia para a mí darme un consejo, la verdad yo creo que es una forma de que estamos mejor. Sí tenemos muchos problemas pero seguimos teniendo la capacidad de ver por el prójimo!

De esta manera, esta interacción ilustra la posibilidad dentro del grupo de empezar a ver por el bienestar del otro a partir de proveer amor y cuidado por medio de un apoyo vía consejo utilizando la experiencia personal, recibiendo al mismo tiempo el beneficio de sentirse necesitado y útil (Corsini, 2001; Cutrona & Rusell, 1987; Yalom, & Leszcz, 2007).

Universalidad. Uno de los objetivos del grupo de OIP era disminuir el sentido de aislamiento de los participantes. El FTG de universalidad busca vincular a las personas a partir de la concientización de que no están solos enfrentando las problemáticas de su vida. Dicho de otro modo, que los otros miembros del grupo pueden tener preocupaciones y experiencias afectivas y emocionales comunes a las suyas (Yalom, & Leszcz 2007). El aislamiento interpersonal y la falta de confianza hacia el otro con el que llegaron los miembros del grupo obstaculiza la posibilidad de integrarse en este sentido de integración y compartir con el otro. Como mencionó Ivonne en la séptima reunion “Confiar. Confiar. Saber en quién confiar, atrevernos a confiar en alguien y buscar no estar solos, porque aparte no somos los únicos que estamos pasando por lo mismo.”

En la última reunión, el señor Toño subrayó la importancia que esto tuvo para él.

Yo a veces pensaba que era el único que sufría de una enfermedad. Que estoy malo, ay que estoy malo, entonces me compadezco yo de mi mismo, pero luego veo a la siguiente persona (...). Así me sirvió este grupo, yo me sentía bien deprimido (...) me sirvió mucho ver el sufrimiento de Ivonne que es muy fuerte, también el sufrimiento del señor Jesús, también que son bien fuertes y digo, yo, para mí lo que yo traía no era nada en comparación de ellos (...). Entonces a mí me sirvió mucho este tipo de ayuda el ver

todo lo que mis compañeros están sufriendo, han sufrido (...). Por mi enfermedad yo me sentía el más raro de todos (...).

De esta forma, señor Toño describió la experiencia de entenderse pasando situaciones de sufrimiento y depresión semejantes a los otros miembros del grupo. En particular, apoyó en disminuir el sentido de indefensión y alienación. Como otros, la universalidad tiene ciertos elementos compartidos con otros FTG, en este caso, con la conducta imitativa, al identificarse y aprender de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los compañeros del grupo.

Al igual que el señor Toño, la señora Ivonne describió el impacto que el compartir su experiencia y conocer la realidad compartida que vivía con los otros miembros del grupo tuvo en su desarrollo.

Y la verdad a los dos les agradezco mucho, pues todo lo que dijeron porque de alguna manera hay cosas que nos pegan, ¿no? Porque hay similitudes, situaciones y es bueno enriquecernos y darnos cuenta que no somos los únicos que tenemos problemas y no somos los únicos que... bueno, que hay gente en iguales o peores circunstancias que nosotros.

Así, en el mismo sentido, ambos expresaron la importancia de haberse sentido integrados a un grupo que ejemplificaba la manera en la que las experiencias y sufrimientos se comparten en un sistema mayor; es decir, no sólo dentro de este grupo, sino la realidad de la experiencia emocional, el sentimiento de soledad, el sufrimiento y las adversidades conllevadas tanto a nivel comunitario como universal como parte de vivir.

Esperanza. Identificado como uno de los factores comunes en psicoterapia (Wampold, 2001), la remoralización, o esperanza es fundamental para la persistencia y asistencia a un proceso grupal, así como el apego al modelo. Se ha estimado que en sí misma, el peso factorial que ésta juega en el éxito terapéutico alcanza el 30% (Lambert & Barley, 2002). En este sentido, la esperanza en este grupo jugó un rol para promover el mantenimiento de los miembros, realizar las tareas requeridas entre sesiones, y disminuir el sentido de indefensión característico de la depresión (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978). Evidencia de este FTG se observó en la novena sesión en el discurso de Ivonne, al describir su mejoría relativa frente al inicio del grupo

Veo... veo un futuro, veo un punto, pues de solución. Así como de repente uno se siente que camina, así lo ve uno todo negro todo oscuro. Yo ahorita me siento como que, pues

todo se va a solucionar, tengo que trabajar tengo que echarle ganas, este... no sé. O sea como que yo me siento positiva, cosa que hace mucho no me sentía así.

Para que este FTG tenga efecto positivo, los líderes grupales deben confiar en el modelo que desarrollan, así como en el efecto que éste pueda tener en los miembros del grupo. El trabajo con este FTG en este grupo fue crucial desde el momento de la capacitación a los promotores comunitarios, inspirando su acción con base en la socialización del éxito terapéutico que el modelo IPT-G tiene en el tratamiento con pacientes con depresión (para más información ver el apartado de IPT en el capítulo 1 Depresión). Esto, aunado al beneficio personal que ellas mismas habían obtenido al aplicar en su vida diaria las técnicas y estrategias aprendidas colaboró en su capacidad de imbuir su confianza en el modelo. De modo complementario, el observar el beneficio hacia los participantes, benefició a las promotoras e incrementó su sentido de esperanza para hacer frente a su propia situación de vida así como su capacidad de apoyar al resto de los miembros. Esto se evidencia en uno de los comentarios concluyentes de una de ellas

Este taller en lo personal ahorita yo también estoy pasando por situaciones fuertes. Pero el verlos aquí, la vez que les comenté que estaba en el hospital, me da como el impulso para saber que sí se puede (...)

Desarrollo de habilidades de socialización. Este FTG se logra en todas las modalidades de terapias grupales (Yalom, & Leszcz 2007); sin embargo, en el caso del IPT-G este componente es crucial y parte del objetivo de trabajo general (Mufson, Gallagher, Pollack, & Young, 2004; Mulcahy, Reay, Wilkinson, & Owen, 2010; Verdeli, Clougherty, Onyango, Lewandowski, Speelman, Betancourt, et al. 2008). Es por esta razón, que dentro de este grupo se obtuvieron al menos 30 evidencias de este FTG haciendolo el tercero en prevalencia (Cuadro 1). Esto es de modo independiente; es decir, sin integrar subareas como el desarrollo de habilidades de comunicación en particular aunque se incluyen dentro de este en el modelo interpersonal (Yalom & Leszcz, 2007). Integra la meta de alterar la manera usual en la que interactúan los miembros del grupo con el sistema que compone sus redes en la comunidad, con el fin de mejorar la calidad de las mismas o extender la amplitud de la red.

Este FTG esta relacionado con la capacidad de comunicar al otro de modo claro, lo cual es consistente con el modelo IPT que pretende desarrollar habilidades sociales, entender la posición subjetiva del otro, y asumir una posición significativa en relación con el otro (Crow & Luty, 2005; Markowitz & Weissman, 2012). Al mismo tiempo, para poder hacer esto, es

necesaria la capacidad de identificar las necesidades personales que buscan ser cubiertas en el diálogo de negociación con el interlocutor (Ver Figura 9). El rol del participante, entonces debía cubrir varias tareas, en primer lugar, monitorear e identificar necesidades personales; en segundo, comunicar las mismas de modo claro y asertivo; en tercero, asegurar la comprensión total del mensaje por parte del oyente; luego, reconocer la respuesta del otro quien puede negarse o aceptar a cubrir el requisito; y finalmente elegir modos de negociación o arreglos aceptables para ambas partes. Como mencionó la promotora en la segunda reunión “Expresar lo que nosotros sentimos, y también, ponernos a pensar lo que siente el otro, o cómo me gustaría que a mí me lo dijeran.”

El rol del grupo fue el de reflejar y modelar maneras distintas de actuar con el fin de abrir el repertorio de respuestas conductuales y afectivas en la relación interpersonal, así como romper con los patrones tradicionales e inefectivos de vinculación. Por ejemplo, al escuchar una discusión en la que el Señor Toño llamó a su esposa neurotica, el siguiente intercambio tomó lugar:

Mariana: Señor Jesús, ¿qué pasaría si yo le dijera está usted neurótico? ¿Cómo me respondería? (...) en una discusión y lo estoy ofendiendo, ¿cómo me respondería?

Jesús: ¡No pues con groserías!

Luego de las intervenciones del grupo, el señor Toño, durante la décima sesión expresó “Yo muchas veces yo sentía que decía las cosas tranquilo pero yo estaba alterado.”

De la mano con lo anterior, un punto esencial del trabajo en habilidades sociales de modo abierto, así como la manera en la que el FTG tomó lugar de modo natural dentro del grupo fue la posibilidad de conocer la experiencia subjetiva del otro, tanto dentro del microsistema que representaba el grupo, como en el sistema generalizado en el que se desenvolvían los participantes en su familia y su comunidad. Esto se dio en diferentes momentos, uno de ellos, cuando las mujeres del grupo procuraban compartir la manera en la que ellas inferían podían sentirse las figuras femeninas en la vida de los participantes: Jesús, Luis y Toño. Otra, al cuestionar abiertamente lo que los otros fuera del grupo pudieran sentir o interpretar del mensaje que transmitían los participantes en sus relaciones diarias. Un ejemplo de lo anterior se dio en la octava sesión, en el análisis de la comunicación entre Ivonne y su hija, cuando Ivonne ya se cuestionaba si había inferido las necesidades de sus hijos

Ivonne: Lo que pienso es que mi error puede estar en que en pensar en que mis hijos tienen las mismas necesidades que yo (...)

Promotora: ¿Y no le preguntaste que quiere?

Ivonne: No, no le pregunté

Promotora: A veces no preguntamos, ¿Qué necesitas?

A demás de esto, el trabajo de habilidades sociales incluyó la búsqueda de la ampliación de la red interpersonal a partir de la gama de habilidades y conductas aprendidas dentro del grupo. Esto con el fin de disminuir el aislamiento y con ello la depresión, por medio de ampliar la red de apoyo interpersonal a un nivel comunitario o mesosistémico. Esto, consistente con el modelo de Coyne (1976), disminuye la carga emocional que depositan las personas con depresión en un grupo o miembro de su sistema, provocando de modo paradójico respuestas de evitación y rechazo por parte de los otros, confirmando así las creencias depresogénicas de soledad e inadecuación.

Lo importante es que recordemos que tenemos más personas y que no debemos recargar, (...) en una sola persona encontrar todo, sino que debemos abrir nuestra red de apoyo. Y encontrar más personas y más personas y así hacer para sentirnos un poquito más apoyados.

Ampliar las redes interpersonales disminuye las expectativas puestas sobre un individuo o grupo de individuos, al tiempo que incrementa las fuentes de apoyo del individuo desde las capacidades de los nodos, incluyendo el uso de las habilidades personales en la provisión de ayuda a los otros miembros de la red, fomentando con esto el incremento en la percepción de provisiones sociales (Crow & Luty, 2005) así como la perspectiva de autoeficacia pares (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). Esto lo expresó la promotora en la séptima reunión “Ver que tenemos que... tenemos por eso más redes de apoyo y empezar a buscar quién sí me puede dar esto, quién me puede dar esto, quién me puede dar esto... Ver qué puedo yo darle a las demás personas. Porque no es nada más denme, denme, a ver... es hacer un intercambio.”

4.5.Resultados y discusión estudio 4: Evaluación del programa comunitario de intervención de OIP-G desde la perspectiva de los usuarios.

Actualmente existen al menos tres preguntas que se pretenden responder al valorar las intervenciones en salud mental puestas en práctica 1) ¿Funciona?, 2) De qué manera funciona (Estudio 3 de esta tesis), 3) las experiencias subjetivas de las personas que formaron parte del proyecto (Burck, 2005). La pregunta de investigación que se pretendió responder durante esta fase del proyecto fue ¿Cuál es la experiencia de los participantes del programa comunitario de Orientación Interpersonal impartido por promotores comunitarios desde un discurso anecdótico valorativo? Con esto en mente, se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis participantes, cuatro que concluyeron un grupo impartido por dos promotoras de salud mental y dos que abandonaron el grupo previo a las doce sesiones impartida por un grupo alterno de promotores comunitarios de salud mental capacitados para este mismo proyecto. Para más información de los objetivos particulares y la metodología de este estudio, referirse al capítulo de metodología.

A diferencia de otras áreas de práctica en psicología comunitaria, los modelos de salud mental tienen efectos difícilmente tangibles o evidenciables (Leibert, 2006); sin embargo, a diferencia de los ensayos clínicos, que basan su medición de eficiencia por medio de estudios experimentales con mediciones cuantitativas (Beutler & Karno, 1999), este modelo comunitario pretende valorar la efectividad por medio de valoraciones cualitativas al escuchar la narrativa de la experiencia directa los participantes para conocer la viabilidad de este modelo de intervención en el tratamiento de depresión en la comunidad del pueblo de Santa Fe. En palabras de Rayner y Vitali (2004) necesitamos reconocer que las palabras de los usuarios de servicios de salud mental en relación a su experiencia depresiva son enunciaciones que tienen en sí significado y relación con su experiencia de vida general (p. 304). Más aún, la crítica a la investigación de las intervenciones en salud mental desde una visión experimental han sido presentadas desde varios autores bajo diversos argumentos (Beutler & Karno, 1999; Orlinsky & Ronnestad, 2000; Sargeant, 2004)

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a seis colaboradores: dos mujeres y cuatro hombres. De estos, cuatro (Participantes #1-4) participaron en el grupo de Orientación Interpersonal matutino de 13 sesiones impartido por las promotoras Mariana y Lupita, cuya adherencia al manual fue valorada durante las supervisiones y se estimó en un 80%. Los otros dos (Participantes #5 y #6) fueron miembros de dos grupos vespertinos de Orientación Interpersonal

que se disolvieron antes de las 12 sesiones por cuestiones de abandono (7 y 9 respectivamente). Estos fueron impartidos por otros tres promotores comunitarios de salud mental (Enrique, Martha y Jessica), capacitados durante el mismo periodo, pero cuya adherencia al manual no superaba el 40% de acuerdo a las valoraciones realizadas durante la supervisión. La totalidad de las entrevistas se realizaron posterior a la firma del consentimiento informado (Anexo 10) y luego de las doce semanas de ingreso al grupo. Las entrevistas fueron llevadas a cabo en Casa Meneses con una duración de entre 60 y 80 minutos.

Todos los participantes, independientemente del grupo valoraron la intervención de OIP-G de forma positiva, considerándolo “una gran herramienta” de ayuda en su experiencia depresiva. Tres de ellos comentaron que esperaban ansiosamente los viernes para poder asistir al grupo (Participantes #2, #3 y #6). Ningún participante comentó haberse sentido incómodo o preocupado con el proceso. Se identificaron siete temas durante las entrevistas basado en su experiencia: 1) Cambios observados en ellos mismos, frente a su posición al ingreso, dentro del cual se identificó el subtema de impacto en sus relaciones interpersonales, 2) componentes del modelo OIP-G, dentro del cual se incluyeron los subtema de factores específicos (técnicas y estrategias) y no específicos, 3) experiencia dentro de una modalidad grupal, 4) el rol de los promotores comunitarios de salud mental, 5) aspectos a mejorar del proyecto, 6) motivos de inasistencia o baja.

Tabla 4.5. Análisis temático experiencia en el grupo de OIP

Cambios positivos	Componentes del modelo OIP	Experiencia dentro de la modalidad grupal	Rol de promotores comunitarios de salud mental	Factores a mejorar del proyecto	Motivos de inasistencia/ drop-out
Impacto en Relaciones interpersonales	Factores específicos <i>Sick role.</i>	Factores positivos <i>Universalidad</i>	Esfuerzo	Nivel de escolaridad	Incidentes familiares
<i>Disputas</i>	<i>Monitoreo de estados de ánimo.</i>	<i>Consejo</i>	No-profesionales	Tiempo	Trabajo
<i>Aislamiento</i>	<i>Promoción activa de las relaciones interpersonales</i>	<i>Cohesión</i>	Desventajas	Uso del tiempo	Oposición a la dependencia
<i>Aceptación de su rol en las relaciones</i>	<i>Respiración.</i>	<i>Identificación</i>	Ventajas	Número de sesiones	
	<i>Análisis de comunicación</i>	Resistencias	Habilidades personales	Horarios	
	<i>Técnica de solución de problemas</i>	<i>Contrastar</i>	Miembros de la misma comunidad	Lista de espera	
Resolución de problemas	<i>Estructura.</i>	<i>Confidencialidad</i>		Promoción	
Sentimiento de Aceptación ante la pérdida	<i>Ejercicios prácticos.</i>	<i>Monopolización</i>		Apoyo técnico y didáctico	
	<i>Psicoeducación.</i>			Presencia esporádica de un profesional de salud mental	
	Factores no-específicos <i>Hablar</i>				
	<i>Sentimiento de esperanza</i>				
	<i>Motivación</i>				

Integrando estos temas, parecen tomar una idea generalizada del impacto de este proyecto en su padecimiento depresivo y su afrontamiento de estresores psicosociales, así como sugerencias desde la perspectiva de los participantes acerca de las áreas de mejora y características personales y del promotor que pudieron haber influido en los resultados obtenidos al final de la intervención.

4.5.1. Cambios observado en ellos mismos, frente a su posición al ingreso. Todos los participantes reportan haber observado un cambio en ellos mismos y su estado de ánimo frente a su posición en el ingreso, describiendo que habían llegado “muy mal,” “toda tronada,” “decaída, me sentía derrotada,” y describiendo la sintomatología depresiva como parte de su estado al comenzar el grupo, como mencionó una participante:

Yo puro dormir y llorar, dormir y llorar. No me daban ganas ni de salir a trabajar ni nada no más me la pasaba llorando, etaba muy sensible de todo y lloraba yo. Yo hasta me llegué...(…) yo hasta llegué a a pensar así de quererme arrojar al metro. ¡En serio! Llegué a pensar ‘pues ya qué estoy haciendo aquí? mi vida ya no tiene sentido. Yo creo que me voy a Tacubaya y ya cuando vea que viene el metro ahí me arrojé, y así ya dejó de sufrir.’”

(Participante #6).

Según comentan los participantes, estos cambios, a su vez, han sido evidenciados por otras personas dentro de la comunidad. Una entrevistada recordó “[Los vecinos han dicho] ‘te ves muy bien, que te veíamos muy mal con lo de tu hijo, pensamos que te ibas a morir. (...) ¡Ay!, te veías requetemal, andabas pero ya para morirte. (...) Y, ¿cómo le hicistes?’ y sí les he dicho, les digo dónde ahí en la Casa Meneses me ayudaron con terapias, les digo, y muy buenas terapias (Participante #6).

4.4.3. Impacto en la calidad sus relaciones interpersonales

4.5.2.1. Manejo de disputas interpersonales. La totalidad de los participantes del grupo matutino mencionan que una de las principales ganancias que obtuvieron del grupo fue a manejar las disputas interpersonales de un modo diferente a partir de procurar *aceptar cómo es la otra persona, entender lo que quiere decir*, buscar maneras alternas de expresar sus opiniones, o encontrar momentos más pertinentes para discutir, estando *más calmados* (Participante #1) o *ser serenos* (Participante #4). Negaron dejar de sentirse molestos, pero comentan que ahora las emociones se presentan en una menor intensidad y que han encontrado alternativas de solución de conflictos, sin *explotar* (Participante #2). La nueva habilidad de comprender la posición del otro,

les permitió *no tomarse las cosas tan a pecho* (Participante #4), lo que abrió la posibilidad de una negociación en los desacuerdos y una apertura al diálogo. Al mismo tiempo, comentan haberse vuelto *más tolerantes* con los errores de los otros y en sus relaciones interpersonales en general.

4.5.2.2. Disminución del aislamiento. A lo largo de las entrevistas se subrayó la comprensión del rol que el aislamiento había tenido en su depresión, al tiempo que su misma depresión había tenido en sus dificultades interpersonales. Señalaron haber comprendido la importancia de las redes de apoyo para poder hacer frente a sus situaciones de vida y compartir sus sentimientos. Tres de ellos dijeron haberse visto beneficiados por la búsqueda de redes que comprometía el trabajo en el grupo de OIP, como menciona uno de ellos “Ya casi no...ya casi no estoy solo, ya casi no tengo ganas de llorar (...) siento, como que me ayudó bastante la terapia” (Participante #1). Fue importante el señalar la relevancia de las relaciones interpersonales, pues a partir de esto, se fomentó la búsqueda activa de la ampliación de sus redes, y de “recuperar amistades” y “buscar nuevas.” (Participante #2). Otra de las participantes, mencionó su renovada capacidad de vincularse con las personas de su comunidad a partir de la disminución de la sintomatología depresiva “ya ando más tranquila, ya salgo a la calle más segura ya me río con la gente.” (Participante #6) y el poder ahora convivir más con su familia.

4.5.2.3. Responsabilizarse de su rol en las relaciones. Los participantes comentaron haberse favorecido al haber podido comprender su rol en las relaciones de las que son parte, advirtiendo el papel que juegan sus expectativas, su manera de relacionarse, y la forma de responder en las disputas. A decir de una entrevistada “es difícil aceptar que que buscando ser buena madre no lo he sido (...) y me duele mucho aceptarlo,” (Participante #2). Al mismo tiempo, esto les permite el poder plantearse la posibilidad de un cambio, como lo comentó uno de los participantes:

Quiero estar en paz conmigo quiero ser una buena persona. Creo que sí fui también... como fui una mala oveja puedo volver a ser también una buena oveja porque yo también considero que tengo cosas buenas, ¿no? (Participante #4).

El tomar consciencia de la manera en la que los participantes se vinculan con los otros, “ser más cariñosa,” (Participante #2) “tomarse las cosas menos a pecho” (Participante #1 y #4), “ser menos agresivo (participante #1 y #4) y más tolerante (Participante #3 y #4) fue una distinción entre los dos diferentes grupos, aquellos que fueron parte del grupo de OIP matutino y

que concluyeron las doce sesiones, de aquellos que abandonaron la intervención como parte de los grupos vespertinos.

4.5.2.4. Resolución de problemas. Tener la capacidad de “ir separando” o “partiendo los puntos” de las situaciones de vida para poder resolver problema fue un aspecto que señalaron tres de los participantes. Esto, a su decir, les permitió encontrar soluciones a problemas.

4.5.2.5. Sentimiento de aceptación ante la pérdida. Para los participantes que se presentaron por duelo (participantes #2, #3 y #6), y aquellos que tuvieron la muerte de un familiar cercano en el transcurso de las doce semanas (Participante #4) comentan haber logrado al final un sentido de aceptación mayor a partir de la posibilidad de cierre que se generó en el grupo y la normalización del evento de pérdida (*lo ve uno ya normal*) y la consiguiente emoción.

Siento que mejoré mucho, pues. Ya... no siento este... así de esa tristeza o amargura. De repente es normal por la situación como fueron las cosas o como son, pues me da coraje, ¿no? y no entiendo y se me hace injusto e ilógico y me rebelo (...) Pero yo lo que veo es que fue una bendición que él me haya hablado (...) Dios me permitió volver a escuchar a mi hermano. (Participante #2)

Tres de los participantes comentan que los beneficios obtenidos por el grupo tienen un impacto en sus relaciones más cercanas, haciéndolos más fuertes para ser un apoyo para ellos, promoviendo la asistencia a grupos de apoyo para ellos o mejorando la calidad de las relaciones en su familia.

4.5.3. Observaciones del modelo OIP-G . Los comentarios de los participantes hicieron claro que varias de las actividades y momentos habían sido particularmente útiles o memorables. Aunque esta información fue relevante, nos interesaba conocer cuales factores específicos y no específicos de la intervención fueron importantes en el proceso. Se detallaron, entonces, en este apartado los factores específicos y no específicos que emergieron en las entrevistas. De modo general, los miembros del grupo matutino comentaron sentirse con herramientas a partir de las técnicas y estrategias revisadas a lo largo de las doce sesiones. Mencionan haber hecho uso de las mismas y haber podido ver los efectos que éstas tienen, con lo que se motivaron para seguir investigando y buscando nuevas técnicas y programas dentro del centro comunitario para “seguir mejorando.”

4.5.3.1. Factores específicos (técnicas y estrategias)

Sick role. Uno de los componentes del modelo IPT que identificaron como de mayor ayuda fue el rol de enfermo (sick role), como mencionó uno de los participantes “es cierto, no estoy así, es mi enfermedad, mi enfermedad cual es, mi mal caracter, me siento deprimido pero le voy a echar gaas para no sentirme así.” El poder externalizar el problema ayudó al paciente a desvincularse del constructo en el cuál había estado inmerso y poder responsabilizarse de sus acciones y su mejoría a partir de un trabajo terapéutico que le responsabilizó en su proceso de mejoría.

Monitoreo de estados de ánimo. Los miembros del grupo matutino reportaron la importancia que tuvo para ellos el tomar consciencia de su estado de ánimo para identificar las situaciones que impactaban en sus emociones y disminuir la automaticidad. El participante #1 comentó

Me sirvió [la gráfica del humor], sí me sirvió. Dije ‘bueno, hoy amanecí así pero, ¿por qué? Antes no me daba cuenta. O sea, es lo que te digo, no me daba cuenta yo de muchas cosas. En el monitoreo, a mi me sirvió porque yo decía, yo lo tomaba normal todo. Un día normal, ‘ah, no, pues hice esto’ pero no tenía yo la... la... la precaución de anotar qué es lo que hacía, qué me había sucedido, cómo lo había resuelto. No, ¡nada! yo nada más lo... así.. vivía lo que tenía que vivir (...) pero a raíz de eso, ya así... me doy cuenta.

De la misma forma, los participantes identificaron el efecto negativo que tenía en su depresión eventos como disputas interpersonales, aislamiento, e incluso ciclos hormonales; de modo alterno, uno de ellos señaló el efecto positivo que tenía la activación conductual en su estado anímico. Esto promovió no sólo el auto-entendimiento, sino medidas preventivas. Sin embargo, la participante #6 señaló la dificultad que tuvo en llenar estas gráficas debido a su situación de analfabetismo.

Promoción activa de las relaciones interpersonales. A diferencia de los participantes de los grupos vespertinos, los miembros del grupo matutino señalaron la importancia que tuvo la promoción activa de la mejoría en la calidad de sus vínculos actuales “la [tarea] que más me ayudó fue el convivir más con mis hijos. Siempre convivo bien con ellos y todos pero ahora... comentar un poco más... eh... hacerlo más común” (Participante #3), así como la ampliación de sus redes interpersonales a partir de la búsqueda de nuevas conexiones con personas de su

comunidad. Como expresó la participante #2 “debo dar una oportunidad de tener una amiga, ¿no?, pues si estoy sola haya alguien a quien le diga "oye me siento triste" no?”

Respiración. Dos participantes (#4 y #6) recordaron de forma positiva las técnicas de relajación puestas en práctica con la que concluían las sesiones. Uno de ellos comentó que ahora las realiza previo o durante sus encuentros interpersonales “las prácticas que tomabamos de respirar eso me agradó mucho, ¿eh? ahora (inhala, exhala) y de verdad eso me ha gustado mucho hacer ejercicio y la verdad me encanta [para] la práctica de la vida, ¿no?” (Participante #4).

Análisis de comunicación. Los participantes reportaron esta técnica, vista dentro del tema de disputas interpersonales, como auxiliar para poder tomar responsabilidad del papel que el propio participante tenía en las discusiones y así poder *buscar las palabras más adecuadas para el tipo de plática en ese momento* (Participante #4).

Técnica de solución de problemas. Como se mencionó anteriormente, esta estrategia permitió a los participantes desglosar las dificultades en sus sus distintos componentes para poder encontrar alternativas y opciones deremedio a las situaciones de vida en la que se veían involucrados. Como dijo el participante #1 “me ayudó bastante. porque pues yo no sabía cómo resolver los problemas...”

Estructura. Tres de los participantes hablaron de la estructura del grupo a lo largo de las doce sesiones como un componente importante del éxito del grupo., como mencionó la participante #1:

Me parece bien el cómo está estructurado: Primero, o sea como un desahogo y ya después trata mira ve, se puede hacer esto, sí hay opciones. O sea SÍ (énfasis del participante) hay opciones. Tú no las ves. A lo mejor las conoces pero no las ves.

Otro de ellos refirió que la manera en la que las doce sesiones estuvieron estructuradas de modo escalonado desde lo sencillo hasta lo más complejo, permitió la comprensión de los temas revisados. De la misma manera, se refirió la importancia de la estructura dentro de los 120 minutos de cada una de las sesiones, así como el cuidado de la no-monopolización del espacio del grupo para abordar los temas previstos en el manual y dar espacio de escucha a todos los participantes. Tres de ellos mencionaron incluso su insatisfacción cuando esto no se cumplía por parte de uno de los miembros del grupo.

Ejercicios prácticos. Que el grupo integrara tareas y ejercicios prácticos tanto dentro como fuera de las sesiones se mencionó como una herramienta que ponía a este grupo en una

posición superior a grupos de apoyo sin componentes conductuales. Por ejemplo, el participante #5, que a su vez se encontraba en un programa de Alcohólicos Anónimos (AA), comentó “cuando vine aquí este programa vi que algo se asemejaba a aquello [el grupo de AA], no en su totalidad pero sí este... éste lo sentí más integrado, más íntimo más positivo más enfocado a lo que yo tenía [depresión] (...) hay más cosas más cosas positivas acá, más ejercicios que sería bueno pues llevarlos a cabo.” De la misma manera, el participante #3 que había participado en un grupo de tanatología dentro de la misma institución comunitaria comentó

Participante #3: “Más bien [este grupo] fue más terreno, más práctico... allá [en el grupo de tanatología] eran trancazos que a veces estamos observando por meses, ¿no? y aquí no. Aquí como que son cosas que dolían pero las hacíamos tan cotidiano... ¡que no dolían!”

Entrevistadora: ¿Cómo las tareas?

Participante #3: ¡Sí! ¡Precisamente!

Las tareas, además, permitieron que se hiciera un momento a la semana de reflexión en cuanto a acciones individualizadas que favorecieran la mejoría de cada participante, promoviendo la toma de responsabilidad en el proceso de auto-cuidado. En palabras de la participante #2 el que las dejaran en tareas yo pienso que es idóneo porque una lo piensa uno, primero piensas, piensa uno qué va a hacer, o sea son varias cosas. de todas estas cosas, ¿las voy a hacer todas o voy a hacer alguna? entonces voy a hacer la que me aplica, no? entonces...¡ ya lo pensé y decido hacerlo!

Psicoeducación. El componente de psico-educación fue señalado como un factor valioso del modelo. Si bien tres participantes comentaron que les fue difícil poder comprender los contenidos debido a su bajo nivel educativo, ambos mencionaron que conforme avanzaron las semanas “fueron comprendiendo.” De modo contrastante, otros dos participantes mencionaron que a partir de lo visto en el grupo buscaron más información por otros medios acerca de la depresión y herramientas asociadas a las revisadas durante las sesiones para poder complementar lo visto en el contenido psicoeducativo.

4.5.3.2. Factores no específicos

Hablar. Tener un espacio independiente a su contexto familiar, en donde pudieran expresarse de forma abierta fue definido como de ayuda en el grupo. Relacionado con un sentimiento de expresión y catarsis dentro de un espacio contenido, cinco participantes refirieron de modo expícito que hablar les permitió sentirse más tranquilos y liberados, como “una bálbula

de escape” (participante #4). O como comentó otra más *descargué el morral que cargaba*” (participante #6). Más allá que el desahogo, los miembros de los grupos comentan que hablarlo también permitió que comprendieran las cosas de manera diferente a como lo habían hecho anteriormente, integrando su historia de vida en situaciones causa-efecto (“uno va entendiendo las razones”).

Sentimiento de esperanza. Tres participantes se enfocaron en el beneficio obtenido al encontrar opciones que no habían visto, y ver la manera en la que otros resolvían sus situaciones de vida les daba esperanza para su propia problemática, sabiendo que “vendrán tiempos mejores” (Participante #1) pero que “sí pueden cambiar muchas cosas” (Participante #4).

Motivación. Los participantes reportaron que su motivación para sentirse mejor fue central en su éxito. El participante #3 comentó “Las ganas de curarme... no sé, todos veníamos con las mismas ganas. No habría a tí te duele menos y a ti... ¡no!, ¡no! Todos veníamos... igual de malos ¿no? Y yo sí vi que todos nos compusimos. Yo vi que todos sí tuvimos uno mejoría.”

Experiencia dentro de una modalidad grupal. La totalidad de los participantes hablaron del grupo como un factor favorecedor en su experiencia en la intervención. Esto lo comentaron desde diferentes componentes. El más citado fue el factor de *universalidad*, como lo describió el participante #3 “Creo que al mexicano no le gusta irse solo, hay un dicho muy grosero, que dice que ni pa mear quiere ir uno solo, siempre tiene uno que ir acompañado. ¡Y aquí me di cuenta que no soy el único!” o la participante #6 “no sólo uno trae los problemas, todos los traemos y pues estamos todos en los problemas, diferentes problemas, no el mismo problema, diferente, pero nadie se libera de los problemas.” Esto incluso les permitió dar una dimensión diferente a su propia situación de vida “El ver las.. las experiencias de mis compañeros, todo lo que han estado pasando. y verme yo reflejado pues dije ‘ps yo no tengo nada’” (Participante #1). Dicho de otra manera, el participante #5 mencionó “cuando uno escucha de los problemas de los demás te das cuenta el tamaño de sus problemas y cuando los comparas con los tuyos te das cuenta que no son tan grandes los tuyos como te los imaginas yo creo que nosotros somos los que los vamos acrecentando, entonces yo en lo particular me siento bien.”

Un elemento central de cualquier grupo es el sentido de *cohesión*, que a diferencia de los participantes de los grupos menos exitosos, el *sentirse parte* fue mencionado por la totalidad de los participantes del grupo matutino. Uno de los participantes (#3) lo describió “yo que ellos están conmigo a como yo estoy con ellos, con el el sentir de cada quien, ¿no? Me pesa lo que

tiene el señor, me pesa lo que tiene este señor. Creemos que va a haber solución” Para esta formación de un vínculo íntimo, tres de ellos mencionaron la importancia del tamaño reducido del grupo “[nos volvimos] como que más compenetrados, más agusto. Yo creo que no me hubiera gustado si hubiéramos sido más, la verdad te soy sincero si hubiéramos sido más no a lo mejor no me hubiera gustado. (Participante #1).

Por otra parte, dos de los participantes señalaron que los *consejos* recibidos por parte de los miembros del grupo fueron benéficos para ellos en esta experiencia grupal. Si bien sólo pudieron identificar un consejo particular que les hubiera sido útil, vincularon las sugerencias con la experiencia de sentirse apoyados por otros “pues mire haga esto y esto para que se sienta bien y entre todas nos dábamos apoyo, y yo me sentí muy bien” (Participante #6).

La *identificación* con otros miembros del grupo ayudó a que las ganancias que evidenciaban en los compañeros fuera un factor motivador para su propio desarrollo, como mencionó la participante #2 “si ellos pueden, ¿por qué tú no puedes? (...) tienen problemas más grandes que tú.” En esta misma línea, el participante #3 comentó “[Me sirvieron] las ganas de curarme. No sé, todos veníamos con las mismas ganas (...). Todos veníamos igual de malos, ¿no? Y yo sí vi que todos nos compusimos. Yo vi que todos sí tuvimos uno mejoría.”

Como obstáculo a la identificación, tres de los participantes se vivieron únicos en algún aspecto dentro del grupo. Esto les restó la posibilidad de identificarse en un principio con alguien más, presentando una barrera inicial para la formación de un vínculo con los otros. En el caso del participante #1, fue su capacidad de palabra, limitando su participación “De aquí del grupo, de aquí del grupo sí me costaba, a veces palabras, expresiones o... yo veía que se comunicaban fácilmente (...) pues están más preparados que yo, entonces por eso les es más fácil expresarse. A mí me costaba un poquito más de trabajo,” aunque no por esto silenciándolo “pero aún así yo siento que después de que tenía que exponer, pues salía adelante.”

A su vez la participante #2 y el participante #5 fueron los únicos representantes de su sexo en cada grupo respectivamente. Ellos mencionaron que en un principio esto “les incomodó,” mas no lo suficiente para abandonar el grupo “pero bueno el el punto es que yo necesitaba la ayuda y ahí estaba! iba a ser una tonta si no la tomaba!” (Participante #2). De modo particular, la participante #2 mencionó que ser la menor del grupo en un principio le resultó un problema; sin embargo, en la misma entrevista mencionó “todo salió muy bien. Salió muy muy bien porque

aprendí muchas cosas también de ellos, (...) haga de cuenta que me sirvió que ellos hayan sido mayores, que en este sentido de que yo me proyecté [a futuro].”

Tres participantes entraron al grupo con resistencias previas a la modalidad grupal, esperando ser atendidos de modo individual. Este rechazo estaba relacionado principalmente con el miedo a la ruptura de la confidencialidad "si hablo cosas y luego de aquí salen..." en una comunidad en la que podían ser identificados y conocidos. Como describió el participante #1

Dije le voy a exponer a ella mis problemas y ella me conoce y a lo mejor al rato se lo va a decir a... ¡a su hermana! Porque tiene hermanas y así, y me van a ver ‘Ah, pues este señor tiene tantos problemas!’ O... o sea que comentara mi caso. Entonces yo admito los primeros días dije (...) no... ¡yo no voy a venir! ya no voy a venir porque me, así vulgar se dice, ‘me va a balconear.’”

De los participantes del grupo matutino la mayor parte de ellos comentaron que un elemento importante en la satisfacción del grupo era el cumplimiento de las reglas, principalmente el uso moderado del tiempo dentro del grupo, que *no se explaye*, o *monopolizara la conversación* un solo miembro. Un participante lo definió “No es que uno sea envidioso. No es que uno quiera más. No, pero (...) consumió casi todo el tiempo y se me hizo egoísta. Y sí, yo comenté, ‘sí sin que se moleste, pero ehh... teníamos un cuestionario (reglamento) que teníamos que respetar el tiempo de los demás.” (Participante #3).

4.4.4. El rol de los promotores comunitarios de salud mental.

De modo general, los participantes se expresaron de modo muy positivo su experiencia con las promotoras de salud mental “la verdad es que ellas para mí fueron perfectas, para mí, de veras de veras, este... para mí estuvo ideal.” Si bien muchos de ellos comentaron haber esperado que la autora (Mtra. Karla Chávez) dirigiera el grupo, se habló de la confianza compartida en el promotor como un elemento que facilitó la apertura inicial ellos:

La doctora Karla Chávez, por medio de ella yo voy a estar yendo a las terapias, porque ya el señor Enrique es un asesor que nos va a estar asesorando (...) si ella nos puso en las manos del señor Enrique es porque tiene experiencia en esto y todo, entonces hay que hacerle caso como si ella fuera la que estuviera con nosotros. En su lugar de ella está el señor Enrique, hay que hacerle caso a él, porque pues yo digo, pues si ya le brindó la confianza, nos puso en sus manos de él, es porque le tiene confianza (Participante #6).

El papel de voluntarias no-profesionales fue percibido en un principio desde dos puntos antagónicos: como un *inconveniente* y como una ventaja. Desde el primero, una participante comentó “mi pensamiento, pues este... fue soberbia, ¿no? porque dije ‘¿Pues qué me van a enseñar? ¿Qué voy a aprender?’ Honestamente así, así lo vi.” Otro participante mencionó “[Pensé] bueno, a lo mejor no es lo mismo porque tú eres profesional y ellas no, pero bueno... dije, ya tomaron un cursillo por ahí, y dije ‘bueno. Voy a confiar.’”

A contramano, la calidad de no-profesionales, puso a las promotoras en una posición de ventaja y cercanía con otros participantes al *ser como nosotros*, haciendo más fácil la identificación con ellas y considerar que a diferencia de alguien profesionalista podrían entenderles. Como lo ejemplifican las siguientes frases:

“Entonces pues dije bueo ps tran- son como nosotros tienen sus mismos problemas que nosotros, este... parecidos, no iguales. Entonces con esa experiencia de ellas pues nos van a ayudar a nosotros. es lo que yo, sí sí vi que eso fue lo que nos ayudó bastante bastante bastante.” (Participante #1)

O

“Yo sentí que era gente que venía con problemas como yo. Entonces que sí nos iban a comprender. Que sí saben de lo que estaban diciendo, porque posiblemente, disculpe la expresión, pero usted como maestra a lo mejor está muy aliviada, muy agusto, muy en paz y no sabe eh... a nivel populacho que siente uno, no no no no sé cómo explicarlo, pero yo sé que ellas se lo estamos diciendo, comentando, también habían pasado, estaban pasando... pero sabían lo que uno posiblemente sentía. ¡Eso sí me gustó! (Participante #3)

Lo anterior se sumó a experiencias negativas que habían tenido previamente con psicólogos, como recordó un participante “[Fuimos con] una psicóloga y ¡ay! que uno ahí se sintió mal mal, uno que ellos, porque empezó de repente a hablar de su hermana, su hermana, y chille y chille. Y uno por acá (risas) [pensando] ‘nosotros somos los malos’!!” (Participante #3). A demás, existe una creencia generalizada de que las psicólogas o profesionales tendrían una posición diferenciada de las personas que viven en el pueblo de Santa Fe o no han tenido estudios de licenciatura “las pocas veces que fui con esta psicóloga con mi hija como que muy cortante, como que era muy... muy dada a sí misma” (Participante #1).

Como atributos importantes de los promotores comunitarios, identificaron principalmente a las *gananas de ayudar (nos)*, su disposición y compromiso, que tenían *mucha intención* y que se

esforzaban demasiado como elementos de su éxito. La participante #2 lo describió “bueno, pues ellas quieren [ayudar], pues yo me dejo (...) la intención aquí estaba y las cosas salían. y todo salió muy bien. y en realidad yo ahora veo que que que están muy comprometidas, o estaban muy comprometidas y eso pues yo lo vi y salió bien. y yo creo que a todos nos ayudó.”

Los participantes reportaron la importancia de la confianza que lograron generar los promotores comunitarios dentro del grupo por medio de *habilidades de escucha*, y un trato educado en donde ellas “*motivaron a estar agusto ahí.*” Como mencionó la participante #6 “Los consejos [ayudaron]. La ayuda que pues que nos... que [nos daba oportunidad] de abrirnos yo de mi parte yo salía muy agusto y... ¡me gustó mucho! mucho me gustó, me gustó cómo nos trataba el señor Enrique.”

La cercanía interpersonal con la que se relacionaron promotores comunitarios con participantes se evidenció incluso, en ocasiones buscando personalmente a los participantes que habían faltado a las sesiones para darles seguimiento. Esto último fue recordado por uno de los participantes como un evento significativo dentro del grupo.

Por último, únicamente un participante hizo mención del hecho de ser miembro de la misma comunidad de la promotora. Contrario a lo anticipado, que esto le haría sentir inseguridad para expresarse dentro del grupo, comenta que le hizo sentir una mayor “cercanía,” ya que aunque habían vivido cerca y convivido en la infancia debido a que sus respectivos papás habían trabajado juntos, “nunca habían tenido la oportunidad de saludarnos.”

4.5.4. Factores a mejorar del proyecto.

Los participantes refirieron siete elementos que pudieran considerarse para mejorar el proyecto. En primer lugar, dos de los participantes con un nivel de escolaridad bajo, refirieron sentirse en desventaja frente al resto de los compañeros y con dificultad para comprender los temas que se abordaban, los cuales se percibieron como *muy técnicos*, lo cual representó un obstáculo para su participación en el grupo. Uno de ellos comentó “no tuve esa educación de estar leyendo y todo eso. A veces no sé ni cómo expresarlo, a veces no sé ni cómo tomar una palabra objetivamente, ¿sí? Tú me puedes hablar técnicamente y yo me quedo así... hasta que no, no, digo ‘Ah, es que quiso decir eso.’” La participante #6, por su parte, comentó que su situación de analfabetismo le hizo muy difícil beneficiarse de las tareas “no hice nada porque le soy sincera, yo como fui niña de la calle y no fui a la escuela (...) yo no sé leer, yo no sé escribir, no le dí tiempo a esto porque yo no fui a la escuela.”

La mitad de los participantes comentó que las dos horas de sesión eran exiguas, y *se les hacía chiquito* (participante #3), haciendo falta dedicar *más tiempo por sesión*, pues *es muy difícil trabajar emociones y sentimientos con un control de tiempo* (Participante #2). Esto se vinculó con el seguimiento de un reglamento que limitara el *uso del tiempo* por una sola persona dando espacio a que el tiempo designado para la reunión fuera dividido de modo más equitativo por todos los participantes. Uno de ellos, incluso, sugirió el uso de una campanita para señalar el límite de tiempo. A demás, un participante comentó que doce semanas eran insuficientes, sugiriendo una *modalidad de más largo plazo* “siento que fue poco tiempo. Y no sé, no... siento este que... me falta más. Acabar de comprender... no, no sé qué más;” sin embargo, él mismo comentó que *no quería depender* del grupo.

Para ayudar con un uso de tiempo más eficaz y hacer del grupo uno más dinámico, la participante #2 sugirió dar apoyo técnico a las promotoras “Yo a lo mejor propondría, (...) un poco más de tecnología, digamos en el sentido de que en esta manera se aproveche mejor el tiempo, ¿sí? entonces por ejemplo en lugar de que se peguen los carteles (...) pues puede ser hasta más visual”

Únicamente un participante mencionó que hubiera esperado la presencia de un profesional de salud mental en el grupo aunque fuera de modo esporádico para “corregir o aumentar lo que nos enseñaron Mariana y Lupita” (Participante #4). Y aunque aclararon la resistencia inicial que tuvieron ante la intervención de promotoras no-profesionales en la dirección del grupo (ver apartado *El rol de los promotores comunitarios de salud mental*), esto no lo mencionaron nuevamente como un aspecto a mejorar del proyecto.

Desde un lado operativo, otros factores que mencionaron los participantes que dieran luz a su inasistencia o la de otros fueron los *horarios*, *la falta de promoción* y *el tiempo de espera*. Con respecto al factor de horarios fue importante para los dos participantes de los grupos vespertinos, “Desgraciadamente la situación económica ahorita no se tiene tan plena como para estar este dejando cosas pendientes, entonces por eso fue por lo que más me... ¡Lo que no me gustó!” (Participante #5), mientras otra comentó que “por más que quería salir del trabajo, no lo logré” (Participante #6). Uno de ellos propuso iniciar el grupo a partir de las 8 de la noche pues “ya uno ya prácticamente a las 7 ya más o menos uno ya se empieza a desocupar y en y en... por eso ya a las 8 se nos hace más tranquilo.”

Por otra parte, se mencionaron la *aceptación* de la problemática personal, y la falta de promoción “yo creo que un poco de promoción estaría estaría perfecto. fuera de lo que es la Casa (...), la gente que viene no tiene ni idea de todo lo que hay aquí” (Participante #2). Otro problema asociado al ingreso fue el tiempo que tomó desde la entrevista inicial al inicio del grupo, lo que en el caso de un participante lo hizo buscar una alternativa “yo ya había solicitado aquí el apoyo y pues por el tiempo que se tardaron yo busqué otra opción la cual fue AA. Ahí fue donde estuve recibiendo la... o estoy, porque sigo yendo” (Participante #5).

4.5.5. Motivos de inasistencia o baja.

Se valoraron algunos motivos de inasistencia o bajas en los tres diferentes grupos. Tres participantes (4, 5 y 6) habían faltado a varias sesiones o abandonado el grupo por completo. Se mencionaron *incidentes familiares*, “un familiar de mi esposa pues se puso muy mal y este tuvimos que apoyarlo” (Participante #5) o el diagnóstico y muerte por cáncer de un sobrino (participante #4); *contratiempos* como el robo de un vehículo (Participante #4).

Los tres participantes mencionaron cuestiones laborales como un obstáculo para la asistencia “se vinieron cosas bien pesadas ya terminaba bien cansado, ¡pero bien cansado! tiempo extra [en el trabajo]” (Participante #4), “por cuestiones de trabajo también a veces podía a veces no podía. No pude tener esa constancia que me hubiera gustado tener” (participante #5), o “ya no pude venir por el trabajo. Por más que quería salía tarde y tarde y tarde (...) ya nada más me desocupo un poquito pero sí quiero regresar” (Participante #6).

A pesar de lo anterior, uno de los participantes que abandonó el grupo comentó “yo si siento que sí es muy muy importante darnos un tiempo para nuestra salud que yo siento que es lo más importante que se supone que es de lo que se trata el programa” (Participante #5). Otro, explicó su inasistencia desde una oposición a la dependencia:

No voy a depender de ir a ver a alguien o estar conviviendo con alguien para cambiar, ¿no? entonces... no quiero depender de nadie ni de nada. Pero sí estoy abierto a ayuda, porque creo que también la necesito (...) Sí me dolió, me dolió el ya no verlos [a los miembros del grupo], ¿no? Me entristeció porque a mí me gustaba. En lo personal a mí me gustaba mucho. Pero dije, no, o sea se cerró un ciclo y lo cerré bonito, lo cerré muy bonito (Participante #4).

Referencias

Estudio 1

- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ... & Fiester, S. J. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 971-982.
- Joiner, T. E., Wingate, L. R., & Gencoz, F. (2005). Stress generation in depression: Three studies on its resilience, posible mechanism, and symptom specificity. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 236–253.
- Tyron, G. S. & DeVito, A. J. (1981). YAVIS-Type characteristics and sex as related to therapist's selection of clients. *Journal of the National Association for Women Deans, Administrators, and Counselors*, 44(4), 20-25.
- Utsey, S. O., Giesbrecht, N., Hook, J. N., & Standard, P. (2008). Cultural, sociofamilial, and psychological resources that inhibit psychological distress in African Americans exposed to stressful life events and race related stress. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 49–62.

Estudio 2

- Daoud, N., Shtarkshall, R., Laufer, N., Verbov, G., HagarBar-el, Abu-Gosh, N., et al. (2010). What do women gain from volunteering? The experience of lay Arab and Jewish women volunteers in the Women for Women's Health programme in Israel. *Health and Social Care in the Community* 18, 208–218.
- Guedes, D. D., & Moreira, V. (2009). El método fenomenológico crítico de la investigación con base en el pensamiento de Merleau- Pontí. *Terapia Psicológica*, 27(2), 247-257.
- Jack, B. A., Kirton, J., Birakurataki J., & Merriman, A. (2011). The Personal value of being a palliative care Community Volunteer Worker in Uganda: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 26(5) 753–759. DOI: 10.1177/0269216311413628

Estudio 3

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Alves, D., Mendes, I., Goncalvez, M. M., & Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies, 26*, 795-818. doi: 10.1080/07481187.2011.608291
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5TH ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andersen, L. N., Kohberg, M., Herborg, L. G., Sogaard, K. & Roessler, K. K. (2014). “Here we’re all in the same boat” – A qualitative study of group based rehabilitation for sick-listed citizens with chronic pain . *Scandinavian Journal of Psychology, 55*, 333–342 DOI: 10.1111/sjop.12121
- Ajrouch, K. J., Reisine, S., Lim, S. Sohn, W. & Ismail, A. (2010). Perceived everyday discrimination and psychological distress: Does social support matter?. *Ethnicity & Health, 15*(4), 417-434.
- Beck, R., Robbins, M., Taylor, C., & Baker, L. (2001). An examination of sociotropy and excessive reassurance seeking in the prediction of depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*, 101–105. doi:10.1023/A:1010963624940.
- Bento, T., Ribeiro, A. P., Salgado, J., Mendes, I., & Gonçalves, M. M. (2012). The narrative model of therapeutic change: An exploratory study tracking Innovative Moments and protonarratives using state space grids. *Journal of Constructivist Psychology, 27*(1), 41–58. DOI: 10.1080/10720537.2014.850373
- Berkman, L. F., Glassb, T., Brissette, I., & Seemand T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51*, 843-857
- Bieling, P. J. & Alden, L. E. (2001). Sociotropy, autonomy, and the Interpersonal model of Depression: An Integration. *Cognitive Therapy and Research, Vol. 25, No. 2, 2001, pp. 167–184.*
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527–562.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.

- Broadhead W., Gehlbach S., Degruy F, Kaplan B. (1989). Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care*, 27, 709-723.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J. (2011). *Cohesion in group therapy. Psychotherapy* (Chicago, Ill.), 48(1), 34–42. doi: 10.1037/a0022063
- Casbon, T. S., Burns, A. B., Bradbury, T. N., & Joiner, T. E. (2004). Receipt of negative feedback is related to increased negative feedback seeking among individuals with depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 485–504. Doi: 10.1016/j.brat.2004.03.009
- Corsini, R. J.. (Ed.) (2001). *Handbook of innovative therapy* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Coyne, J. C. (1992). *Cognition in Depression: A Paradigm in crisis*. *Psychological Inquiry*, 3(3), 232.
- Crow, M. & Luty, S. (2005). Recovery from depression: A discourse analysis of interpersonal psychotherapy. *Nursing Inquiry*, 12(1), 43-50
- Cutrona, C. E. & Russell, D. W. (1987) . The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in personal relationships*, 1, 37-67.
- Davila, J., Hammen, C., Burge, D., Daley, S. E., & Pale, B. (1996). Cognitive interpersonal correlates of adult interpersonal problem solving strategies. *Cognitive Therapy and Research*, 20 (5), 465-480.
- Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S., Benjamín, G., Villanueva, T., & Cruz, L. M. (2011). Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana: Su exploración desde las creencias y las normas. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(2), 128-142
- Dill, J. C. & Anderson, C. A. (1999). Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living. En T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (93-125). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Eberhart, N. K. & Hammen, C. L. (2010). Interpersonal style, stress, and depression: An examination of transactional and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(1), 23-38.

- Feaster, D. J., Newman, F. L., & Rice, C. (2003). Longitudinal analysis when the experimenter does not determine when treatment ends: What is dose-response? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 335-360. Doi: 10.1002/cpp.382
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach* (2nd ed.). Oxford: Wiley.
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 372-378.
- Gonçalves, Michael, M. "Innovative moments in psychotherapy: From narrative outputs to dialogical processes" (conference). 7th Conference on Dialogical Self, Athens, USA, 2012
- Gonçalves, M. M., Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of "Innovative Moments" in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23, DOI: 10.1080/10720530802500748
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010) Innovative moments and change in emotion-focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 267-294. Doi: 10.1080/10720537.2010.489758
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Matos, M., Mendez I., & Santos, A. (2010). Innovative Moments Coding System: A methodological procedure for tracking changes in psychotherapy. En S. Salvatore, J. Valsiner, J. T. Simon, & A. Gennaro, (Eds.), *YIS: Yearbook of Idiographic Science. 2009- Volume 2* (pp.107-130). Roma, It.: Firera & Liuzzo Publishing Group.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The Innovative Moments Coding System. *Psychotherapy Research*, 21, 497-509.
- Hammen, C. (2009). Adolescent depression stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18(4), 200-204
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Irwin, K., Tsang, J., Carlsisle, R., & Johnson-Shen, M. (2014). Group-level effects of forgiveness: Group cohesiveness and collective action in social dilemmas. *European Journal of Social Psychology*, 44, 280-286. DOI: 10.1002/ejsp.2022

- Jack, D. C. (1991). *Silencing the self: women and depression*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Jack, D. C. (1999). Silencing the self: Inner dialogues and outer realities. En T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The Interactional Nature of Depression* (221-246). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jack, D. C. & Ali, A. (2009). Introduction: Culture, self-silencing and depression: A contextual-relational perspective. En D. C. Jack & A. Ali (Eds). *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world*. Nueva York, E. U.: Oxford University Press.
- Josephs, I., & Valsiner, J. (1998). How does autodiologue work? Miracles of meaning maintenance and circumvention strategies. *Social Psychology Quarterly*, 61, 68-83.
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews A. A. (1996). How much therapy is really enough? A sesión-by-sesión analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(2), 132-151.
- Klerman G. W., Weissman M. M., Rounsavile B. J.(1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books
- Koydemir-Özden, S. (2010). Self-aspects,perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *International Journal of Mental Health*, 39(3), 44–60. doi:10.2753/IMH0020-7411390303
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*, 17-32.
- Lara M. A, Navarro C., & Navarrete L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Publica Mex*;46(5), 378-387.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Fassnacht, D. Machado P. P. P., & Sousa, I. (2015). Time to improve and recover from depressive symptoms and interpersonal problems in a clinical trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 22, 97–105. Doi: 10.1002/cpp.1873
- Lyra, M. C. (2011). Contributions for modeling the psychotherapeutic process of change. *Integrative Psych Behav*, 45, 347-354. doi 10.1007/s12124-011-9178-3
- Mackenzie, K. R. (Ed.) (1994).Group development. New York:Wiley.

- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012). Interpersonal Psychotherapy: Past, Present and Future. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 99-105. doi:10.1002/cpp.1774
- Molenaar, P. J., Boom, Y., Peen, J., Schoevers, R. A., Van, R., & Dekker, J. J. (2011). Is there a dose-effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning? *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 268-282.
- Mufson, L., Gallagher, T., Pollack- Dorta, K., & Young, J. E. (2004). A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 220-237.
- Mulcahy, R., Reay R. E., Wilkinson, R. B., & Owen C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health*, 13, 125-139. DOI 10.1007/s00737-009-0101-6
- Pressman, D. L., & Bonanno, G. A. (2007). With whom do we grieve? Social and cultural determinants of grief processing in the United States and China. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(5), 729-746.
- Renaud, J., Russell, J. J., & Myhr, G. (2014). Predicting who benefits most from Cognitive-Behavioral therapy for anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 70(10), 924-932. Doi 10.1002/jclp.22099
- Ribeiro, A. P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W. B., & Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research*, 21(1), 54-69
- Ribeiro A. P., & Gonçalves, M. M. (2011). Maintenance and transformation of problematic self-narratives: A semiotic-dialogical approach. *Integr Psych Behav*, 45, 281- 303. Doi: 10.1007/s12124-010-9149-0
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in narrative therapy: A comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical psychology & psychotherapy*.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294-314
- Roselló, J., & Bernal, G. (1996). Adapting cognitive- behavioral ad interpersonal treatments for depressed Puerto Rican adolescents. In E. D. Hibbs & P. Jensen (Eds.), *Psychosocial*

- treatments for child and adolescent disorders (pp. 157-185). Washington, DC: American Psychological Association.
- Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2011). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2): 129-139.
- Santos, A., Gonçalves, M. M., Matos, M., & Salvatore S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 449-466. Doi:10.1348/147608309X462442
- Sherry, P., & Hurley, J. R. (1976). Curative factors in psychotherapeutic and growth groups. *Journal Of Clinical Psychology*, 32(4), 835-837.
- Smolak, L. En Jack, D. C. & Ali, A. (2010). *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world*. Estados Unidos, Nueva York: Oxford University Press.
- Stuart, S. & Robertson, M. (2012). *Interpersonal psychotherapy a clinician's guide*. 2da ed. Londres, U. K.: Hodder Arnold.
- Stewart, H. A., Grote, N.K., & Graham, P. (2014). Brief Interpersonal Psychotherapy (IPT-B): Overview and review of evidence. *American Journal of Psychotherapy*, 68 (4), 443-462.
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96, 506-520.
- Tse, W. S. & Bond, A. J. (2004). The impact of depression on social skills: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 260- 268.
- Verdeli, H., Clougherty, K., Onyango, G., Lewandowski, E., Speelman, L., Betancourt, T., Neugebauer, R., Stein, T. R., & Bolton, P. (2008). Group interpersonal Psychotherapy for depressed youth in IDP camps in Northern Uganda: Adaptation and training. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 17, 605-624
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate*. NJ: Erlbaum.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin, *Doing unto others*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(8), 553-557.
- Weissman, M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.

- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- Whitaker, D. S. (1992). Transposing Learnings from Group Psychotherapy to Work, *Group Analysis* 25, 131-149
- Whitaker, D. S. (2006). *Using Groups to Help People*. Florence, KY, USA: Brunner-Routledge.
- Yalom, I.D. (1995) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2007). *Theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Zittoun, T. (2011). Meaning and change in psychotherapy . *Integrative Psychological Behav*, 45, 325-334. doi: 10.1007/s12124-011-9166-7

Estudio 4

- Andersen, L. N., Kohberg, M., Herborg, L. G., Sogaard, K. & Roessler, K. K. (2014). “Here we’re all in the same boat” – A qualitative study of group based rehabilitation for sick-listed citizens with chronic pain . *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 333–342 DOI: 10.1111/sjop.12121
- Anderson, C.M., Robins, C. S., Greeno, C.G., Cahalane, H., Copeland, V. C, & Andrews, R. M. (2006). Why lower income mothers do not engage with the formal mental health care system: Perceived barriers to care. *Qualitative Health Research*, 16 (7), 926–943.
- Antonovsky, A. (1988). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Balcazar, H., Rosenthal L., Brownstein N., Rush C. H., Matos, S. & Hernandez, L. (2011). Community Health Workers Can Be a Public Health Force for Change in the United States: Three Actions for a New Paradigm. *American Journal of public health*, 101(12), 2199-2203
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory*.
- Beutler L. E. & Karno, M. P. (1999). Psychotherapy research: Basic or applied? *J Clin Psychology*, 55, 171-180.
- Bledsoe, S. E., Lukens, E., Onken, S., Bellamy, J. L., & Cardillo-Geller, L. (2008). Mental illness, evidence-based practice, and recovery: Is there compatibility between service-user-identified recovery-facilitating and –hindering factors and empirically supported interventions? *Best Practices in Mental Health*, 4(2), 34-58

- Boyd, R. C., Mogul, M., Newman, D., & Coyne, J. C. (2011). Screening and Referral for Postpartum Depression among Low-Income Women: A Qualitative Perspective from Community Health Workers. *Depression Research and Treatment*, 2011, 320605. <http://doi.org/10.1155/2011/320605>
- Broadhead W., Gehlbach S., Degruy F, Kaplan B. (1989). Functional versus structural social support and health care utilization in a family medicine outpatient practice. *Med Care*, 27, 709-723.
- Burck, C. (2005). Comparing qualitative research methodologies for systemic research: The use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis. *Journal of Family Therapy*, 27, 237–262
- Carey, T. A., Carey, M., Stalker, K., Mullan, R. J., Murray, L., & Spratt, M. B. (2007). Psychological change from the inside looking out: A qualitative investigation. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3): 178-187
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 67-89
- Crowe, M. & Luty, S. (2005). The Process of Change in Interpersonal Psychotherapy (IPT) for Depression: A Case Study for the New IPT Therapist. *Psychiatry* 68(1), 43-54
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167–1187. doi:10.1016/j.cpr.2008.04.002.
- Fisher, M. & Baum, F. (2010). The social determinants of mental health: Implications for research and health promotion, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 1057 – 1063
- Gershefski, J., Arnkoff, D., Glass, C., & Elkin, I. (1996). Clients' perceptions of treatment for depression: I. Helpful aspects. *Psychotherapy Research*, 6(4), 233-247.
- Gianakis M., & Carey, T. A. (2011). An interview study investigating experiences of psychological change without psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 84, 442–457

- Gonzalez, S. (2005). Mental Health in Mexico. In Sandoval de Ecurdia, J. M., & Richard-Muñoz, M.P. (2005), *La Salud Mental en México*. Retrieved from <http://www.cddhcu.gob.mx/bibliot/publica/inveyana/polisoc/pdf/dps-iss-03-05.pdf>
- Hatzidimitriadou, E. (2002). Political ideology, helping mechanisms and empowerment of mental health self-help/mutual aid groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12, 271–285. doi: 10.1002/casp.681
- Hodgetts, A., Wright J., & Gough, A. (2007). Clients with borderline personality disorder: Exploring their experiences of dialectical behaviour therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(3), 172- 177
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Consultado 5-01-2017 en <http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=1005000038&ag=28043#divMapaExpl>
- Lara, M. A., Navarro, C., Acevedo, M., Berenzon, S., Mondragón, L., & Rubí, N. A. (2004). A psycho-educational intervention for depressed women: A qualitative analysis of the process. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 429–447
- Lara, M. A., Navarro, C., Rubí, N. A., & Mondragón, L. (2003). Two levels of intervention in low income women with depressive symptoms: Compliance and programme assessment. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(1), 43–57.
- Leibert, T. W. (2006). Making change visible: The possibilities in assessing mental health counseling outcomes. *Journal of Counseling & Development*, 84, 108-113
- Lorion, R. P. (1990). Evaluation HIV risk reduction efforts: Ten lessons from psychotherapy and prevention outcome strategies. *Journal of Community Psychology*, 18, 325-226
- MacMahon, P., Kroese, S., Jahoda, A., Stimpson, A., Rose, N., Rose, J., Townson, J., Hood, K., & Willner, P. (2015). ‘It’s made all of us bond since that course. . .’ – a qualitative study of service users’ experiences of a CBT anger management group intervention. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(4), 342–352. doi: 10.1111/jir.12144
- Mcelvaney, J. & Timulak, L. (2013). Clients’ experience of therapy and its outcomes in ‘good’ and ‘poor’ outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 246-25. doi.org/10.1080/14733145.2012.761258

- Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., *et al.* (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSMIV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 35(12), 1773-1783.
- Messer S. B. & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 1
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Argentina: Editorial Paidós.
- Norcross, J.C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001
- Omylinska-Thurston, J., & Cooper, M. (2014) Helpful processes in psychological therapy for patients with primary cancers: A qualitative interview study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(2), 84-92
- Onken, S. J. (2004). Contextualizing self-determination within a mental health recovery oriented service and support system. In J. A. Jonikas & J. A. Cook (Eds.), *The national self-determination and psychiatric disability invitational conference: Conference papers* (pp. 96–128). Chicago, IL: University of Illinois at Chicago National Research and Training Center.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. L. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Orlinsky D. E. & Ronnestad, M. H. (2000). Ironies in the history of psychotherapy research: Rogers, Bordin, and the shape of things that came. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 841-851
- Paulson, B. L., Truscott, D., & Stuart, J. (1999). Clients' perceptions of helpful experiences in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 317_324. doi:10.1037/0022-0167.46.3.317
- Proctor, G. & Hargate, R. (2013). Quantitative and qualitative analysis of a set of goal attainment forms in primary care mental health services. *Counseling and Psychotherapy Research*, 13(3), 235-241

- Rayner, M. & Vitali, D. (2004). Attitudes and posible solutions for the problema mof measurement in existential psychotherapy. *Existential Analysis*, 25(2), 298-312
- Renaud, J. Russell, J. J. & Myhr, G. (2014). Predicting who benefits most from cognitive-Behavioral Therapy for anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 924-932.
- Sargent, H. D. (2004). Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry*, 67(1), 1-18
- Shepherd, G. And Slade, M. And Boardman, J. (2008). Making Recovery a Reality. In *Sainsbury Centre for Mental Health March 2008*. Sainsbury Centre for Mental Health, London.
- Simonsen G. & Cooper, M. (2015). Helpful aspects of bereavement counselling: An interpretative phenomenological analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(2): 119–127. doi: 10.1002/capr.12000
- Steihaug, S., Ahlsen, B. & Malterud, K. (2002). “I am allowed to be myself”: women with chronic muscular pain being recognized. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 281–287.
- Sue, D. & Sue, D. M. (2008). *Foundations of counseling and psychotherapy: Evidence-based practices for a diverse society*. Hoboken, NJ: Willey
- Sun, B. C., Adams, J., Orav, E. J., Rucker, D.W., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (2000). Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Annals Emergency Medicine*, 35(5), 426–434.
- Swartz, H. A. (1999). Interpersonal psychotherapy. In M. Hersen and A. S. Bellack (Eds.), *Handbook of comparative interventions for adult disorders* (2nd ed.) (pp. 139–155). New York: John Wiley & Sons
- Timulak, L., & Creaner, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred/experiential therapies. In M. Cooper, J. C. Watson, & D. Holledampf (Eds.), *Person-centred and experiential psychotherapies work*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Timulak L., & McElvaney, R. (2013). Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 131–150, doi.org/10.1080/09515070.2013.792997
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate*. NJ: Erlbaum.

Weissman, M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Capítulo 5

Discusión y conclusiones

El presente apartado pretende hacer un análisis integrativo de los resultados generales obtenidos bajo la luz de la literatura y los estudios explorados con el objetivo de analizar las hipótesis planteadas al inicio de la investigación, así como la aproximación a una respuesta al problema de investigación desde su objetivo general: Evaluar la viabilidad de un programa de orientación interpersonal grupal para el manejo de la depresión a través promotores comunitarios de salud mental de la Comunidad de Santa Fe con un entrenamiento exprofeso. Para poder responder a esta pregunta, se valoró necesario abordarlo desde una evaluación de efectividad, y no de eficacia; es decir, desde una visión de la factibilidad de la transportación de un modelo teórico-práctico a la realidad comunitaria (De Mello, Mari, Bacaltchuk, Verdelli & Neugebauer, 2005; Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996; Lambert, M.J., & Olges, 2004; Olfson, 1999; Schoenwald & Hoagwood, 2001), por medio de un protocolo de investigación mixta (Beutler, & Karno, 1999; Machado, 1994; Pilkonis & Krause, 1999). El estudio cuantitativo, en el que se realizó un análisis estadístico pre-post de las variables operacionalizadas que calcularan el efecto obtenido de la intervención; y una línea cualitativa que valoró el proceso de cambio durante el proyecto, así como una apreciación de la visión de los mismos participantes en el proyecto. Es decir, que se pretende estimar los objetivos específicos del estudio y dar respuesta a cada uno de estos para el acercamiento a la pregunta principal desde la integración de los cuatro estudios realizados, así como las propuestas teóricas estudiadas y la experiencia particular de esta comunidad.

Finalmente, este apartado integra una serie de conclusiones planteando argumentos que señalan la relevancia del tema al tiempo que explica los resultados, las implicaciones de los mismos a nivel teórico y práctico, propuestas de investigaciones futuras, así como limitaciones identificadas de esta tesis doctoral.

Se ha argumentado que no podremos entender el cambio terapéutico meramente por medio de un modelo de investigación cuantitativa, sino que se requiere de la experiencia de aquellos que la viven (Hodgettts & Wright, 2007), así como de un análisis del proceso que ha sido previamente validado y valorado para conocer el medio por el que se lleva a cabo este cambio; es por esta razón que se buscó responder a la pregunta de investigación por medio de un protocolo mixto. En el caso de los resultados de esta tesis, las diferencias observadas en ambas

mediciones confirman la necesidad de realizar investigaciones clínicas en modalidades mixtas para enriquecer la información y explorar temáticas no anticipadas relacionadas al cambio (Shine & Westakot, 2010). A demás, de esta manera se devuelve la voz al participante, conociendo su experiencia desde la vivencia subjetiva (Binder, Holgersen & Nielsen, 2009; Burck, 2005; Gennaro, 2011) con el fin de proponer un modelo de intervención individualizado y basado en las necesidades de la comunidad (Howard, Orlinsky & Lueger, 1994; Orlinsky & Rønnestad, 2000).

El primer objetivo presentado, desde el protocolo de investigación cuantitativa fue el de estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en las medidas de sintomatología depresiva, apoyo social y sentimiento de autoeficacia. En el caso de la **sintomatología depresiva**, se confirmó la hipótesis propuesta inicialmente: Que existe una diferencia significativa al punto de corte de 14 evaluado a través del puntaje de Hamilton en el grupo experimental tras las 12 semanas de orientación interpersonal grupal. Esto es, que consistente con la literatura (Brakemeier & Frase, 2012; Cuijpers, Geraedts, van Oppen, Markowitz, van Straten, 2011; De Mello, et al., 2005; Markowitz, 2014; Mulcahy, Reay, Wilkinson & Owen, 2010), el modelo de Orientación Interpersonal Grupal sí tiene un impacto positivo en la disminución de sintomatología depresiva medida por la escala de depresión Hamilton. A demás, estos resultados se mantuvieron después de 3 y seis meses posteriores a la intervención.

Congruente con los teóricos (De Mello, et al., 2005; Mufson, 2010; Mufson, Pollack, Olfson, Weissman, & Hoagwood, 2004; Reay, Stuart, & Owen, 2003; Weisz, Weiss, & Donenberg, 1992) este modelo presentó no solo su eficacia, sino su efectividad en la disminución sintomatológica, sosteniéndose igualmente, en modelos comunitarios como el realizado en este proyecto. Esto sugiere que más allá de validaciones clínicas, la TIP adaptada puede ser llevada a cabo de modo exitoso en condiciones “reales,” en sociedades colectivistas y en culturas diversas, además de facilitar el acceso para personas viviendo en situaciones de pobreza (Frank, Ritchey & Levenson, 2014; Mufson, 2010; Mufson, Pollack, Olfson, Weissman, & Hoagwood, 2004; Verdeli, 2008). Esto también es consistente con la literatura (Levenson et al., 2010), que ha encontrado que los beneficios se generalizan a las cuatro áreas de trabajo y que los resultados son indistintamente positivos bajo un esquema de terapia individual, así como grupal (Bass, Neugebauer, Clougherty, Verdeli, Wickramaratne, Ndogoni, & Bolton, 2006; McKenzie & Gravobac, 2001; Mufson, et al., 2004; Reay, et al., 2012; Stuart & Robertson,

2012; Verdeli et al., 2003; Wilfley, Mackenzie, Welch, Ayres, et al., 2000); no obstante, como menciona Cuijpers y colaboradores (2011), los modelos grupales sí tienen una mayor tendencia a muerte experimental, lo cual disminuye en un nivel general su efectividad.

De modo específico, la reducción de la sintomatología se dio en un nivel mayor al 50% en la evaluación posterior a las doce semanas. Esto no es sólo el punto de corte ideal y más común desde los estudios clínicos (Stahl, 1999), sino que ha sido asociado a una recuperación total con menor riesgo de reincidencia (Paykel, Ramana, Cooper, Hayhurs, & Barocka, 1995), aunque esta predicción ha sido debatida (Dombrovski, Cyranowski, Mulsant, Houck, Buysse, Andreescu, et al., 2008); sin embargo, se ha propuesto que existe una reducción del riesgo de recaídas una vez que se mantienen los resultados dos meses posteriores a la intervención (Frank, Prien, Jarrett, Keller, Kupfer, Lavori, et al., 1991). En el caso de este estudio, los resultados se mantuvieron hasta seis meses posteriores a la finalización del grupo.

Por otra parte, la remisión se reconoció en el mismo discurso de los participantes dentro de las sesiones al aplicarse ellos mismos los cuestionarios y tomar conciencia de su propia disminución sintomatológica; así como posteriormente, durante las entrevistas, en las que expresaron mejorías principalmente en cuanto a patrones de sueño y hambre, así como en los sentimientos de tristeza, desesperanza e indefensión característicos de este trastorno (DSM-5, 2013). Si se considera la hipótesis de la “cicatriz de la depresión,” que propone que ciertos síntomas persisten incluso de modo posterior a intervenciones psicoterapéuticas para pacientes con este trastorno (Shea, Mueller, Solomon, Warshaw, & Keller, 1996), se contempla la normatividad de los resultados obtenidos en este proyecto; sin embargo, se ha propuesto que únicamente el síntoma de insomnio ha sido vinculado con un mayor riesgo a recaídas (Dromovski, et al., 2008), lo que sugiere que los participantes en este estudio tendrían menor riesgo a una reincidencia en el trastorno.

En contraste, contrario a la hipótesis planteada, en la valoración cuantitativa, no se encontraron diferencias significativas en la **percepción de apoyo social** en el grupo experimental tras las 12 semanas de orientación interpersonal grupal. Para nuestra sorpresa, inclusive se vio una disminución en las medidas de esta variable en la mediciones operacionalizadas a partir del inventario de apoyo social utilizado (Palomar, Matus & Victorio, 2013). Esto es particularmente inesperado debido al alto componente de habilidades sociales y foco en la ampliación de las redes sociales y la calidad de las mismas (Brakemeier & Frase, 2012; Weissman, Markowitz, &

Klerman, 2007), pues como propone el modelo original (Markowitz, 2003; Robertson, 1999; Sloan et al., 2009), es a partir de la promoción de un mejor funcionamiento social, que se consigue el alivio de la sintomatología depresiva (Stuart & Robertson, 2012; Weissman & Markowitz, 1998). Sin embargo, contrario a la propuesta original por los autores (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984), el funcionamiento social al inicio del tratamiento no está directamente asociado al impacto de la intervención y el riesgo de recaída, sino otros factores como la intensidad de la psicopatología y la comorbilidad con ansiedad (Feske, Frank, & Kupfer, 1998).

Por otra parte, en este estudio se encontró un patrón no esperado en las medidas de apoyo social, ya que el objetivo del modelo es precisamente el desarrollo de habilidades sociales para poder crear, ampliar, fortalecer o mantener los recursos sociales disponibles para el sujeto (Crow & Luty, 2005). Al mismo tiempo, estos resultados pudieran sugerir que la relación entre apoyo social y disminución de la sintomatología depresiva no es directa, como lo proponen varios autores (Acuña & Bruner, 2009; Bambara, 2011; Marrero Quevedo & Carballeira Abella, 2010; Weber, Puskar, & Ren, 2010) sino que responde a la calidad de las relaciones y, probablemente, a la disponibilidad evidenciada de estas redes bajo situaciones de adversidad (Marrero- Quevedo & Carballeira- Abella, 2010). A demás, es relevante considerar que el medio social en el que se desenvuelven los participantes mantuvo altos niveles de agresividad, así como situaciones adversas como muertes de personas cercanas, y adversidades económicas. Esto pareciera consistente con la propuesta de Mitchell & Ronzio (2011), en donde el apoyo social no sirvió como moderador de los eventos estresantes para las mujeres afroamericanas viviendo en vecindarios altamente agresivos, e inconsistente con la de Cohen & Willis (2005), entre otros autores (Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano, & Alanís-Navarro, 2009; Cobb, 1976).

Lo anterior lleva a plantear dos hipótesis. La primera de ellas, que las puntuaciones obtenidas en la segunda aplicación pudieran reflejar una valoración más realista de las fuentes de apoyo, con base en un análisis crítico y reflexivo de los recursos sociales con los que se cuenta. La segunda, que estos resultados pudieran ser reflejo de una regresión hacia la media, reflejado en la disminución de los índices de desviación estándar. Otra explicación para estos resultados no significativos, es que el efecto de la intervención en apoyo social no fue el mismo para todos los participantes, promoviendo que únicamente unos de ellos enfocaran su trabajo en la mejoría de la calidad de sus relaciones sociales. Efectivamente en el análisis previo, tres de los participantes no

refería la falta de apoyo social como un problema, mientras que uno de ellos sí lo hacía; sin embargo, el área de trabajo al que la mayor parte de ellos pertenecía (déficits interpersonales) sí presupone una falta en la calidad de las redes de apoyo percibida por los individuos. Asimismo, pudiera ser que la mejoría en las relaciones sociales existentes no se viera reflejada en la medición al final de la intervención, más sí lo hiciera en los tres meses posteriores y más tarde se disminuyera a partir de los conflictos presentados en la vida ordinaria y la incapacidad de generalizar los aprendizajes del grupo a problemáticas interpersonales futuras.

El análisis la información obtenida a través de los mismos participantes, por medio de entrevistas y seguimiento de sesiones, sugiere a partir de su discurso que sí mejoraron la calidad en las relaciones con sus redes cercanas en cercanía y comunicación tanto dentro de las sesiones (estudio 3), como en la entrevista posterior (estudio 4). Además, comentaron haber disminuido la frecuencia así como la intensidad de las disputas, al tiempo que se involucraron en una búsqueda activa de nodos interpersonales nuevos o descartados. Esto va de acuerdo a la propuesta original planteada por Klerman y colaboradores (Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984) que promueve estrategias de afrontamiento a los problemas interpersonales, así como habilidades de comunicación que disminuyan la frecuencia de las disputas interpersonales (McKenzie & Gravobac, 2001; Stuart & Robertson, 2012)

En respuesta a la tercera hipótesis propuesta para este trabajo, que el **sentimiento de autoeficacia** aumentaría de manera estadísticamente significativa en los usuarios del grupo en orientación interpersonal tras las 12 semanas, esta no se confirmó. Si bien tres de los cuatro participantes tuvieron un incremento en los niveles de autoeficacia, esto no fue una diferencia significativa. A pesar de lo anterior, de modo cualitativo los pacientes comentaron sentirse en mayor control de su vida y sus relaciones. Esto es, que aunque las diferencias no pudieron evidenciarse de modo cuantitativo, cualitativamente los beneficiarios expusieron tener un mayor sentimiento de competencia personal por al menos dos vías: en primer lugar, a través de la enunciación explícita de este logro durante la entrevista posterior, y complementariamente, a lo largo de la intervención, evidenciado en el alto número de momentos innovadores de protesta, nuevas posiciones, que ha sido referido como la forma de renovarse a sí mismo de un modo “proactivo, afirmativo y asertivo” (Gonçalves, et al., 2009 p. 114). Este resultado es consistente con otros estudios, en el que se presenta el reposicionamiento del paciente de un estado de pasividad, a uno afirmativo luego de una intervención en TIP (Crow & Luty, 2005; Verdelli,

2008). Paralelamente, este mismo efecto, asociado al constructo de empoderamiento (Conger & Rabindra, 1988), se ha visto como resultado de intervenciones terapéuticas grupales independientemente de la orientación y objetivos (Becker, Crivelli- Kovach, & Gronseth, 2004; Brownstein, 2008; Gutiérrez & Ortega, 1991; Hatzidimitriadou, 2002; Ruffolo, Kuhn, & Evans, 2005).

Si se sostiene lo anterior, se dificulta la posibilidad de descartar si el efecto en las medidas de autoeficacia se relaciona puntualmente al modelo de OIP manualizado o a la modalidad grupal empleada y los factores asociados a este formato de intervención (FTG). Los resultados de esta investigación resaltan de modo sobresaliente al altruismo. Sin duda, uno de los argumentos para realizar la intervención comunitaria en un modelo grupal fue la premisa de estos FTG y su efecto positivo en las variables dependientes en este estudio (depresión, autoeficacia, apoyo social).

De modo más detallado, dentro de la línea de investigación de los efectos de la intervención se sumó un análisis del proceso de **proceso de cambio** y el rol de los factores terapéuticos grupales. Respecto al primero, considerándolo todo, hubo diferencias entre los mismos miembros del grupo; sin embargo, se habla de una eficacia significativa en el proceso en el análisis cualitativo de los movimientos en el discurso a partir de la posibilidad de una narrativa alterna que permitió una visión de sí mismos más autoeficaz y esperanzadora que diera pie a la acción en su rutina personal y en la interacción con los otros. Esto con el fin de mantener y mejorar las relaciones dentro de sus redes interpersonales. Consistente con la literatura (Fonagy, 1996; Machin, 2010; Markowitz & Weissman 1995; Sue, Sue, & Sue, 1994 en Becker, Crivelli-Kovach, & Gronseth, 2004), esta mejoría cualitativa en las relaciones interpersonales dio pie a un sentimiento de bienestar expresado en su discurso, sobre todo en las últimas sesiones.

Si bien hubo una diferencia intragrupo en cuanto a la asistencia, considerando la teoría de “el efecto de dosis,” los resultados en cuanto a niveles de mejoría pueden ser equiparables entre 8, 12 y 16 sesiones de intervención en al menos 50% de los participantes en niveles de mejoría (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; Lopes, Gonçalves, Fassnacht, Machado, & Sousa, 2015; Molenaar, Boom, Peen, Schoevers, Van, & Dekker, 2011; Kadera, Lambert, & Andrews 1996). Esto se ha observado incluso en el modelo abreviado de TIP (Swartz, Frank, Shear, Thase, Fleming & Scott, 2004; Swartz, Grote, & Graham, 2014), aunque muchas de estas investigaciones no consideran características personales de los participantes (Feaster, Newman, & Rice, 2003). Sin embargo, esto significaría que a partir de las 8 sesiones, se esperaría un

beneficio equiparable para tres de los cuatro participantes del grupo de Orientación Interpersonal, excluyendo únicamente a uno de ellos.

Más relevante aún es el análisis de la prominencia y el flujo de los momentos innovadores por participante a lo largo de las 13 sesiones, el cual parece consistente con la literatura (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012) en su análisis desde diversos ángulos. En primer lugar, se evidenció que los participantes que dedicaron mayor tiempo a la reconceptualización (valorado por el número de eventos identificados) tuvieron índices de mejoría superiores (Gonçalves, 2012) al tiempo que les ayudó a mantener el cambio (Alves et al., 2012). Este fue el caso de Ivonne y Toño. Por otra parte, los flujos de aparición de los MI se presentaron de la manera en la que se propone teóricamente, es decir, comenzando con MI de protesta frente la situación de vida actual y acción o conductas que difieren de la rutinaria, dando cabida a un proceso reflexivo que permitió la toma de distancia de la situación problemática y el análisis de los cambios obtenidos por las anteriores (acción y protesta). Esto a su vez permitió el surgimiento de una toma de nuevas posiciones subjetivas frente a la contrariedad y un mayor nivel reflexivo tanto en el efecto de estas acciones, como de este nuevo entendimiento diferenciado de sí mismo y de las modificaciones que de esto devinieron. La capacidad de atender y mantener las conductas congruentes con esta nueva narrativa, así como de identificar el proceso que dio pie a las mismas se presentó en la segunda mitad de la intervención en aquellos participantes que mostraron resultados optimistas. Por el otro lado, aquellos que tuvieron un impacto más modesto retornaron a una narrativa de sí mismos y de los otros de modo afín a la que expusieron en las sesiones introductorias.

De manera similar, en el estudio de los **factores terapéuticos grupales** se obtuvo evidencia de la función del grupo en los logros obtenidos para alcanzar los objetivos planteados al inicio de la intervención. Asimismo, se observaron algunas de las preocupaciones previas que expresaron los participantes a ser parte de un grupo, destacando cuestiones de confidencialidad y uso de tiempo, que se abordaron a partir del seguimiento de un reglamento presentado al inicio del grupo. A la inversa, los factores que contribuyeron a lo largo de las doce sesiones fueron altruismo, aprendizaje interpersonal, catarsis, cohesión, guía, conducta imitativa, universalidad, habilidades de socialización y esperanza.

Hablar del trabajo comunitario integra necesariamente el componente de redes sociales y el apoyo que de ellas deriva (Machín, Merlo & Milanese, 2009). Así pues, la intervención para

depresión con objetivos comunitarios interviene a partir de la formación, mantenimiento y solidificación de vínculos interpersonales que brinden provisiones de apoyo en momentos de distrés psicosocial. Para ello, el trabajo en grupo es preciso para el logro de estos objetivos por medio de sus FTG, como este estudio sugiere. Así, los FTG juegan un rol fundamental en el éxito de la intervención y sobretodo la generalización de la experiencia al contexto en el que se desenvuelven regularmente los participantes. Se sugiere, entonces, que estos FTG funcionaron como variables mediadoras en el cambio observado. Esta modificación se evidenció de modo cualitativo, a partir de los MI, y de modo cuantitativo, a partir de los resultados observados en el estudio 1.

Como en estudios previos (Hatzidimitriadou, 2002; MacMahon, Kroese, Jahoda, Stimpson, Rose, Rose, et al., 2015), el aspecto relacional y apoyo percibido entre los miembros del grupo fue reportado de forma más positiva que las técnicas y estrategias específicas del modelo. Esto está relacionado con el factor de emocional de la cohesión y la importancia que ésta tiene en la obtención de apoyo emocional (MacDonald, Sinason, & Hollins, 2003; Pert, Jahoda, Stenfert- Kroese, Trower, Dagnan & Selkirk, 2013; Steihaug, Ahlsen & Malterud, 2002) y de consejo (Antonovsky, 1988; Broadhed, Gehlbach, Degruy & Kaplan, 1989). Más aún, esta cohesión se apuntaló, como en otras investigaciones de los factores de universalidad e identificación (Nygaard et al., 2014).

Por una parte, los participantes reportaron principalmente al factor grupal de universalidad “nadie se libra de los problemas” como facilitador para normalizar su situación de vida y las dificultades experimentadas; por otra, el sentirse identificados con otros miembros del grupo resultó benéfico para poder promover el esfuerzo mutuo y la motivación de cambio “si otros pueden y te enteras que tienen problemas más grandes que tú, pues... ¿por qué yo no?” Esta información hace evidente la necesidad de rescatar los procesos grupales e interpersonales en las intervenciones en depresión para eficientar los resultados de las mismas (Lara, Navarro, Acevedo, Berenzon, Mondragón, & Rubí, 2004).

Por el contrario, los retos a la participación tenían que ver con nerviosismo previo que generó en un principio inhibición y resistencia, de acuerdo a los informantes los principales argumentos fueron el de contrastar con el resto de los integrantes, contraponiéndose a la identificación (Yalom, 1995), y dos temas en relación a las normas iniciales: confidencialidad y

uso del tiempo. Sin embargo, si bien la totalidad de los participantes se acercó a pedir ayuda individual, ninguno de ellos hizo afirmaciones negativas ante el grupo en sí.

En cuanto al análisis de la pertinencia y viabilidad del **Modelo interpersonal** (TIP), como base teórica y práctica en la adaptación para el modelo de OIP, se estimó desde distintos enfoques. Por una parte, para poder describir el proceso de cambio de los participantes se diferenció a partir de las **áreas de trabajo** presentadas por el modelo de TIP (Klerman, Weissman & Rounsavile, 1984). Estas son disputas interpersonales, transición de rol, duelo y déficits interpersonales o aislamiento (Para una revisión puntual de cada una de las áreas refiérase al capítulo de Depresión, en el apartado de tratamientos: Modelo de Psicoterapia Interpersonal). La teoría propone que a partir del área a trabajar se desarrolla un objetivo individualizado que busca mejorar las relaciones con base en las necesidades que estos estresores psicosociales desencadenan en cada uno de los participantes del grupo. Durante la cuarta y quinta reunión, cada uno de los participantes del grupo conoció e identificó el área de trabajo asociada a su depresión, en la cual enfocarían el trabajo.

De modo consistente con la teoría de Hammen (2009), las disputas interpersonales fueron el principal disparador de la depresión en este grupo. La propuesta de la autora se centra en que los individuos con depresión incrementan sus estresores psicosociales debido a características de personalidad, cognoscitivas y de apego inseguro ansioso. Esto, a su vez, incrementa las probabilidades de rupturas interpersonales ya que los individuos presentan un sesgo de atención a la retroalimentación negativa (Casbon, Burns, Bradbury, & Joiner, 2004), una menor habilidad de solución de problemas interpersonales una vez que estos se presentan, y un patrón cognoscitivo de apoyo y una expectativa negativa de apoyo de parte de los otros (Davila et al., 1996), lo que promueve los conflictos interpersonales. Esto provoca un tipo particular de relación con el otro que se sugiere pudiera estar generalizada a la manera común de vincularse en esta sociedad, viviendo bajo estos estresores –y relacionados a su inicio, al mismo tiempo- o de modo particular a los sujetos que padecen de la psicopatología depresiva.

Por otra parte, los cuatro participantes de este estudio habían pasado por un periodo de aislamiento asociado al cuadro depresivo (Dill & Anderson, 1999), que los llevó a disminuir la calidad así como la cantidad de sus redes sociales. Acorde a lo propuesto en la teoría interpersonal de la depresión descrita previamente, uno de los factores de riesgo principales asociados a la depresión es el aislamiento y la soledad, que se manifiesta en la ausencia de nodos

interpersonales o la dificultad para obtener los recursos necesarios para hacer frente a los estresores psicosociales (Stuart & Robertson, 2012). Recursos que se obtienen de las redes sociales. De modo paradójico, los individuos con depresión tienen un antecedente en falta de habilidades sociales, ya sea por falla en el aprendizaje de las mismas debido a la transmisión intergeneracional del trastorno (Eberhart & Hammen, 2010), como por prestar una mayor atención a la vida cognitiva que a los vínculos y las oportunidades de interacción social (Tse & Bond, 2004), lo que dificulta su acceso a estos recursos. En el caso de los cuatro participantes, su tendencia al aislamiento, propuesto como parte del cuadro sintomatológico de la depresión (APA, 2013), se aúna a un deseo por la soledad asociado a irritabilidad, la desconfianza y siendo esto una barrera a la mejoría.

Además, para esta valoración de la pertinencia del uso y adaptación del modelo Interpersonal para el manejo de depresión en nuestro país, la retroalimentación acerca de la experiencia en el grupo de orientación interpersonal por los usuarios fue positiva en general. Algunos componentes fueron particularmente útiles, como el comprenderse deprimidos, la promoción activa de las relaciones interpersonales, las técnicas de relajación, el análisis de modos alternos de respuesta, tener un espacio seguro en donde poder hablar. La mayor parte de los participantes reporta sentirse mejor que al ingreso y poder tener una relación más satisfactoria con sus personas cercanas.

Como se ha reportado en diversas investigaciones (Clarke, Rees, & Hardy, 2004; Hodgetts, Wright & Gough, 2007), se mencionaron factores tanto no específicos o comunes, como específicos que fueron de ayuda. En cuanto a los factores específicos utilizados en este modelo. Es relevante señalar que no se conocen estudios que hayan valorado de modo cualitativo la experiencia en una intervención bajo el modelo de TIP, únicamente un estudio de caso realizado en 2005 (Crowe & Luty, 2005), probablemente debido a que la TIP utiliza técnicas derivadas del modelo Cognitivo- Conductual (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000). Aunque de modo general, la mayor parte de sus componentes se han identificado como factores que facilitan la recuperación identificados por los usuarios (Bledsoe, Lukens, Onken, Bellamy, & Cardillo-Geller, 2008). Sin embargo, varios factores utilizados en esta intervención fueron destacados de modo espontáneo por los participantes como el darles el rol de enfermo (“sick role”), lo que promueve la adherencia al tratamiento (Swartz, 1999), o el monitoreo de estados de ánimo a partir de las gráficas del humor. Esto último coincide con el incremento de conciencia

que ha sido reportado en estudios previos (Gershefski, Arnkoff, Glass, & Elkin, 1996), pues los participantes comentaron haber podido comprender algunos factores asociados a sus cambios emocionales. Por otra parte, la psicoeducación también se ha mencionado como un factor favorecedor por parte de los usuarios en otros modelos previos. Por ejemplo, en un estudio de un análisis fenomenológico de los aspectos facilitadores de apoyo para duelo, la psicoeducación resultó ser un ingrediente crucial (Simonsen & Cooper, 2015); sin embargo, de modo contrario para esta población, la falta de reglas y estructura fue también considerada de modo positivo. Esto es contrario a lo reportado por los participantes de este estudio, quienes mencionaron la estructura y las reglas como un aspecto benéfico para este grupo. Este contraste corrobora la tensión existente entre la necesidad de proyectos anualizados y la necesidad de incluir un espacio de flexibilidad que permita la individualización de la intervención (Hodgets, Wright, & Gough, 2007). Esta última alternativa es más congruente con el modelo de intervención comunitaria (Montero, 2004).

Del otro lado, entre los factores no específicos o comunes, se identificó el poder tener un lugar en donde hablar y ser escuchado como útil en su proceso de intervención. Esto se asemeja a los resultados obtenidos en otras investigaciones (Omylinska-Thurston, & Cooper, 2014; Proctor & Hargate, 2013) en donde tener a alguien con quien hablar que fuera imparcial fue pilar para explicar los beneficios obtenidos. En el caso de este estudio, los participantes señalaron el tener un sentimiento de esperanza a futuro y una recuperada motivación, como parte del proceso del grupo fueron identificados como otros factores comunes de ayuda, lo cual se ha reportado en estudios previos (Carey, Carey, Stalker, Mullan, Murray, & Spratt, 2007). Esto coincidiría con los modelo de factores comunes propuestos para las terapias, en donde la efectividad de la psicoterapia, va más allá de las diferencias individuales del modelo teórico y se explica por ingredientes comunes como los mencionados por los participantes (Luborsky, Rosenthal, Diguer, Andrusyna, Berman, Levitt, et al., 2002; Rosenthal & Rubin, 1985; Wampold 2001; 2006).

El dominio de las experiencias problemáticas ha sido reportado como valioso en otras investigaciones (Gershefskiet al., 1996; Omylinska & Cooper, 2014), lo que en este caso se vio reflejado en un nivel mayor de autoeficacia (ver estudio 3), a partir de técnicas específicas como la de Resolución de Problemas. Aunado a lo anterior, en esta ocasión, dos participantes hablaron de la técnica de relajación al final de las dos horas como un momento importante dentro de cada

sesión. Esta sensación de calma y relajación obtenida en las sesiones ha sido reportada previamente (Omylinska & Cooper, 2014; Paulson, Truscott, & Stuart, 1999).

No obstante, como se mencionó en el primer capítulo de esta tesis, los estudios basados en el modelo de ingredientes específicos identifica al menos cuatro variables para el análisis de sus resultados: 1) Componentes específicos, 2) adherencia al modelo, 3) efecto de dosis y 4) efectos de la interacción entre el tratamiento y las características del paciente (Messer & Wampold, 2002). En este sentido, es relevante señalar que si bien se identificaron estos factores específicos, únicamente el de la “relajación” y el tema de “ejercicios prácticos” fueron mencionados por los participantes de los grupos vespertinos. En línea con el segundo punto: adherencia al modelo, los promotores comunitarios de los grupos vespertinos tuvieron mediciones muy empobrecidas en cuanto a la medición de su apego al modelo interpersonal, lo que explica que no hayan hecho mención de estos factores característicos de la TIP. Respecto al cuarto punto: interacción entre el tratamiento y las características del paciente, se considera que los entrevistados presentaron distintos niveles de cambio y de beneficio que pudieran estar asociados a factores internos como motivación, capacidad de auto-observación y flexibilidad cognoscitiva (Renaud, Russell, & Myhr, 2014), así como factores externos como los diferentes promotores comunitarios que llevaron a cabo los grupos. A demás, no se puede dejar de considerar que los cambios también están influidos por factores sociales que surgieron a lo largo de las 12 semanas de trabajo, como lo fueron cuestiones laborales, muertes y enfermedades propias y de familiares cercanos (Sue & Sue, 2008).

En suma, el restablecimiento de la salud mental que se describe como un proceso de recuperación de un sentido del self positivo con un sentido de pertenencia e integración a una vida en comunidad (Onken, 2004). Esto se observó en comentarios del grupo en relación al fortalecimiento de su sentido de sí mismos y la mejoría en la calidad de sus relaciones interpersonales. Esta mejora en el funcionamiento social es un factor reportado comúnmente (Timulak & Creaner, 2010; Timulak & McElvaney, 2013). Consistente con la literatura (Resnick et al., 2004 en Bledsoe, Lukens, Onken, Bellamy, & Cardillo-Geller, 2008), más allá que un enfoque en disminución sintomatológica o “recuperación clínica,” los participantes pudieron sentir esperanza, confianza en la posibilidad de mejorar sus capacidades personales y toma de decisiones, logrando una “recuperación social” (Shepherd, 2008). Al igual que en otros estudios (MacMahon, Kroese, Jahoda, Stimpson, Rose, Rose, et al., 2015), los participantes de este grupo

hablaron de sí mismos como personas diferentes a la conclusión del grupo, tanto de modo general, como en conductas o habilidades particulares.

Cuando los participantes de los tres grupos (dos que se disolvieron y uno que logró concluir las doce sesiones) se comparan, parece haber un amplio nivel de coincidencia entre los temas abordados. Los seis participantes coinciden en características personales más allá de la patología depresiva, como lo es su disposición a asistir a una intervención grupal en una institución comunitaria con alto grado de disposición y motivación para participar y posteriormente ser entrevistados. Sin embargo, las diferencias entre los tres grupos fueron cualitativamente relevantes, principalmente considerando el sistema de vida, mientras que en aquellos que concluyeron la intervención este fue estructurado y autónomo, aquellos que no concluyeron las sesiones y los del grupo vespertino presentaban de modo general un sistema de vida dependiente del medio, lo que pudo haber influido en el apego al modelo y disposición de horarios por parte de los participantes de los grupos vespertinos frente a los matutinos. A pesar de esto, interesantemente todos los entrevistados hablan de un cambio.

Gianakis & Carey (2011), refieren que la remisión natural está relacionado a características del usuario como el deseo de cambiar, la conexión con otros, lo que fue importante para el participante #5 asistiendo a AA, como el participante #6 asistiendo al grupo vespertino. Además, mencionan un tema que ellos llaman “límite,” que refiere el sentirse emocionalmente en el punto más intenso en el que se han experimentado. Este punto parece ejemplificarse en la participante #6 “yo hasta llegué a pensar así de quererme arrojar al metro.” De acuerdo con los autores (Gianakis & Carey, 2004), debido a su característica de ser intolerable, este límite emocional lleva a un deseo de mejoría asociado a acciones y pensamientos que llevan a algún tipo de cambio que a su vez se asocia a una mejoría. Sin embargo, se propone indagar más respecto a las características individuales asociadas con este cambio, incluso en los grupos en los que no se reportaron factores específicos en estudios futuros.

Estos resultados se asemejan a aquellos encontrados en otros estudios de experiencias terapéuticas y aspectos útiles de modelos de intervención tanto individuales como grupales (Carey, Carey, Stalker, Mullan, Murray, & Spratt, 2007; Hodgetts, Wright, & Gough, 2007; Mcelvaney & Timulak, 2013; Omylinska-Thurston & Cooper, 2014). Por decir, la mención de factores no específicos como el tener un espacio para hablar, la promoción de un sentimiento de esperanza por medio de un modelo de intervención en el que se confíe y que impacte en los

niveles de motivación, por sobre componentes específicos del modelo que expliquen el cambio, así como la singularidad de la expresión en el cambio mismo (Carey, Carey, Stalker, Mullan, Murray, & Spratt, 2007).

En apoyo al que fue probablemente la propuesta más controversial de esta tesis, encontramos la factibilidad de apoyar proyectos comunitarios de salud mental por medio de **promotores comunitarios comunitarios** para el desarrollo de intervenciones en depresión. Esto es semejante a lo propuesto por otros autores internacionalmente (Balcazar, et al., 2011; Becker, Crivelli- Kovach, & Gronseth, 2004; Crivelli, Becker & Worley, 2004; Findley, et al., 2012; Gómez del Campo, 1993; Jack, et al., 2011; Patel, et al., 2010). Sin embargo, en el caso de este proyecto encontramos oposición desde dos frentes: los profesionales de salud mental y las personas de la comunidad que cuestionan la formación teórica y habilidades clínicas de los voluntarios comunitarios. En respuesta a la primera objeción, se ha visto que la densidad y el trabajo de especialistas no necesariamente garantiza una mejor intervención (Boenisch, Kocalevent, Matschinger, Mergl, Wimmer-Brunauer, Tauscher, et al., 2012), pues es necesario considerar el punto de vista comunitario y la experiencia común con el beneficiario (Balcazar, et al., 2011) así como promover confianza (Hatzidimitriaou, 2002) y consolidar la creencia de competencia y autogestión (Gómez del Campo, 1993).

La función de los promotores comunitarios como líderes de los grupos de OIP y el efecto positivo que se presenta en los resultados pareciera confirmar que el resultado de las intervenciones en salud mental están relacionadas a características de los líderes y su capacidad de ser flexibles para dar respuesta a las necesidades de los participantes (Wampold, 2001). La presencia de los promotores comunitarios de salud mental facilitó la transformación del modelo propuesto de OIP para una adaptación asequible hacia los beneficiarios que respondiera a sus necesidades (Roselló et al., 1996; (Balcazar, et al., 2011). Ahora bien, si estos han de dar cuidado a los beneficiarios de programas de salud mental, deberán hacerlo con base en habilidades y estrategias psicoterapéuticas que hayan mostrado eficacia en estudios clínicos, es decir, que sean empíricamente sólidas como lo es la TIP (Crowe & Luty, 2005).

Respecto a la segunda resistencia: que las personas de la comunidad que cuestionan la formación teórica y habilidades clínicas de los voluntarios comunitarios, encontramos que si bien existía una renuencia por parte de los participantes del grupo, esta impactaba de dos maneras: o los participantes abandonaban el grupo al conocer que no serían atendido por profesionales, o al

continuar con la intervención la devaluación disminuía por dos vías: una confianza compartida por el profesional de salud mental, y la evidencia obtenida a lo largo de la experiencia en el grupo. De esta manera, un hallazgo clave de este estudio fue la visión discordante frente a la promotoría por parte de los participantes. Los informantes de este proyecto reportaron por una parte, resistencia ante los promotores comunitarios debido a su carencia de profesionalización y por otra, una marcada preferencia por tener alguien que percibían como un igual.

Esto último, para los informantes significaba que podía entenderlos al provenir de la misma comunidad y no ser profesionista. En esta línea, una investigación por McElvaney y Timulak (2013), encontraron que aquellos que tenían buenos resultados en una intervención terapéutica percibían al terapeuta como un igual, en comparación con aquellos clientes que tuvieron resultados empobrecidos. Esto debido a que la identificación con el promotor permitió por una parte la auto-revelación auténtica por la credibilidad y confianza obtenida debido a la similitud percibida (Patel, Septiembre 2012) y por otra la posibilidad de reconocer al mismo como un modelo pro-social factible (Bandura, & Walters, 1977).

A demás, esta información resultó importante al valorar la posibilidad de la falta de capacitación o la percepción negativa que la comunidad tiene hacia los profesionales de salud mental, más aún al considerarse el bajo porcentaje de profesionalización en el país (INEGI: Instituto Nacional de estadística y Geografía[INEGI]. (2015). *Inegi.org*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=1005000038&ag=28043#divMapaExpl>), aunado a las ínfimas cifras de profesionales de salud mental en particular en algunos sectores de la Nación (González, 2005). Esto se ha vinculado a que menos del 20% de las personas que padecen depresión reciban tratamiento (Medina Mora et al., 2005).

De manera congruente con la propuesta teórica, lo anterior parece sugerir que la presencia de promotores comunitarios de salud mental no sólo hace más eficiente la atención clínica (Fisher & Baum, 2010), sino que facilitaría la vinculación ideológica al conocer y comprender las situaciones de vida de los beneficiarios con vivencias y contextos similares (Balcazar, et al., 2011). Esto principalmente en comunidades resistentes a buscar atención frente a la depresión. Finalmente, si consideramos que la alianza terapéutica tiene un rol preponderante en los resultados positivos de las intervenciones en salud mental (Elvins and Green 2008; Wampold, 2001), podemos valorar la relevancia que los promotores comunitarios tienen en el proceso y resultado de la intervención (Norcross, 2011).

Otro hallazgo valioso resultó de conocer y atestiguar el impacto que tuvo la promotoría a dos caras: el beneficio obtenido por los participantes, y aquél obtenido por los mismos promotores comunitarios. El primero mencionado previamente, y el segundo, que, consistente con lo propuesto por los teóricos (Becker, Crivelli- Kovach, & Gronseth, 2004; Jack, Kirton, Birakutaki, & Merriman, 2011) encontramos en los trabajadores voluntarios del pueblo de Santa Fe. Para ellos, el trabajo como promotor de salud mental tiene un efecto positivo en diversas dimensiones: personal, familiar y social. Desde un punto de vista personal, se refirió un mayor nivel de satisfacción asociado a un incremento en habilidades y conocimientos y una ampliación en su auto-concepto y confianza en sí mismas. Esto se reflejó también en un aumento en su autoeficacia. A demás, el discurso también señaló nuevas maneras de relacionarse, a nivel social, más equitativas a nivel de género, lo que se asemeja a lo encontrado en otros proyectos acompañados por promotores comunitarios comunitarios (Booker, et al., 1997; Schultz, et al., 1997).

Finalmente, algunas de las observaciones de los participantes respecto a los aspectos a mejorar del proyecto resultaron sorprendentes, como la propuesta para incorporar recursos tecnológicos que permitieran un mejor uso del tiempo, mientras otros coinciden con hallazgos previos, como el deseo de tener un mayor número de sesiones (Lara, Navarro, Rubi, & Mondragon, 2003). En la misma línea, esto se ha visto asociado a un resultado menos favorecedor, pues se sugiere que para estos participantes, la intervención pudo haber terminado de modo prematuro (Mcelvaney & Timulak, 2013).

De la misma manera, la ruptura con las expectativas previas pudiera estar vinculada a un efecto empobrecido en la terapia (Lorion, 1990; Orlisnky & Howard, 1986). Esto se pudiera ver reflejado en el comentario “pues a lo mejor me hubiera gustado que estuvieras ahí,” ya que al menos la mitad de los participantes mencionó haber esperado ser atendido por un profesional de salud mental. Sin embargo, también se habla de la expectativa de conseguir un resultado a partir de una intervención (Orlisnky & Howard, 1986), lo cual fue evidenciado por la totalidad de los entrevistados. En este sentido, una limitación de este estudio fue la imposibilidad de entrevistar a otros miembros que abandonaron los grupos para poder determinar de modo más preciso esta relación. En esta misma línea, fue un fallo en la planeación de la intervención el no considerar niveles de lecto-escritura, reflexionando en la imposibilidad de una de las participantes en realizar las tareas e involucrarse en la totalidad de las actividades de psicoeducación por su

situación de analfabetismo. Estos temas, así como otros no identificados o probablemente no expresados pudieran estar asociados a los altos índices de abandono en los grupos vespertinos. Investigaciones futuras pudieran enfocarse en variables asociadas al éxito terapéutico que no fueron consideradas en este estudio, como lo son la espiritualidad, y religión (Utsey, Giesbreicht, Hook, & Standard, 2008), el rol de la familia extendida (Berenzon-Gorn, Saavedra-Solano, & Alanís-Navarro, 2009; Lara, Navarro & Navarrete, 2004), la capacidad monetaria (Abello, Mandariaga, & Hoyos de los Ríos, 1997), el apego a las tareas, la confianza en el modelo (Yalom, & Leszcz 2005) y los recursos personales de cada uno de los participantes (Tyron, & De Vito, 1981).

Un tema relevante entre las barreras o aspectos a mejorar del proyecto fue la falta de promoción del mismo “poca gente sabe lo que se hace aquí en la Casa.” Este tema es importante, pues una vez identificada la psicopatología depresiva, el vínculo entre esto y un resultado positivo a nivel comunitario es el acceso a los servicios (Anderson, Robins, Greeno, Cahalane, Copeland, & Andrews, 2006). No obstante, para estos informantes, la satisfacción con el proyecto promovió la búsqueda de talleres y cursos alternos para complementar los logros obtenidos a lo largo de las doce semanas de intervención. Ya Sun y colaboradores mencionaban que la satisfacción con un tratamiento promueve la búsqueda de intervenciones futuras (Sun, Adams, Oray, Rucker, Brennan & Burstin, 2000).

Conclusiones

A lo largo de este proyecto, se estudió el impacto de una intervención desde una visión cuantitativa y cualitativa por medio de una valoración del proceso de cambio de los participantes a partir de un análisis de los MI identificados en su narrativa a lo largo de las trece sesiones. Se identificaron a los participantes de éxito (Ivonne y Toño), así como los de éxito limitado (Jesús y Luis), por medio de la secuencia y prominencia de dichos MI, analizando el rol de la asistencia como una posible variable asociada a las características de los participantes, así como a la motivación, operacionalizada en la participación activa en el grupo y las tareas en casa. Otra posible variable que pudiera introducirse al estudio sería la capacidad de pensamiento analítico, que de influir en el proceso representaría la necesidad de hacer una modificación al protocolo para así tener un mayor alcance a los individuos cuyo éxito pudiera verse obstaculizado por factores cognoscitivos.

Este estudio dio luz al rol que tuvieron algunas de las estrategias manualizadas del modelo OIP en el desarrollo y promoción de los MI, solidificando la importancia de dichas técnicas (o ingredientes específicos) tanto en la disminución de la sintomatología depresiva, como en el restablecimiento de las redes de apoyo, mismas que se habían visto mermadas a partir de la depresión o habían desencadenado el episodio depresivo por sí mismas.

Se hizo un análisis de los FTG evidenciados en el diálogo entre los participantes, incluidas las promotoras, a partir del estudio de las 24 horas de grabación obtenidas a lo largo de las trece sesiones. Esto aclaró el papel que dichos factores tuvieron en el impacto de la intervención, así como en la generalización de los beneficios interpersonales obtenidos en el grupo hacia el medio interpersonal en el que se desarrollan las vidas de los participantes. De este modo, coherente con el planteamiento inicial de este trabajo, se solidificarían las redes interpersonales de los participantes y a partir de esto aminoraría la sintomatología depresiva y fortalecerían los nodos comunitarios, al menos aquellos presentes en su microsistema, pero con miras a un potencial beneficio a nivel mesosistema al enriquecer las habilidades interpersonales de los miembros del mismo.

Respecto a la promotoría, se evidenció no sólo su viabilidad, sino la importancia generalizada de utilizar los recursos humanos comunitarios en cualquier proyecto en salud mental. Probablemente, el descubrimiento más sorprendente en las promotoras de salud entrevistada y aquellos que participaron en el proyecto (sobre todo en el grupo de mayor éxito) fue el uso de las estrategias en su propia vida, lo que impactó en su mismo estado de salud (física y mental). Para las promotoras de salud entrevistadas, el aprendizaje en nutrición y salud resultó en una recuperación en calidad de vida y disminución de las consecuencias físicas de la hipertensión y diabetes. Para las promotoras de salud mental del proyecto actual, resultó en una mejoría significativa en su propia psicopatología depresiva. Al inicio del proyecto, era del desconocimiento de la autora que tres de los seis promotores comunitarios cursaban un trastorno depresivo al inicio del proyecto y que la totalidad de ellos lo habían padecido en algún momento de su vida. Sin embargo, los tres promotores comunitarios ante la activación del trabajo comunitario, el impacto personal en relación a su expansión identitaria, o ampliación de roles personales y sociales, su sentimiento de autoeficacia y de competencia personal, así como en el uso de las estrategias que permitió la modificación de su propio discurso problemático y

ampliación de sus redes se vieron beneficiadas y expresaron haber superado la depresión ellas mismas.

Las diferencias encontradas entre los dos grupos de promotores comunitarios (aquellos que dirigieron el grupo exitoso y aquellos cuyos grupos se disolvieron antes de las doce sesiones) pudo haber estado impactada por el dispositivo relacional. Esto es, que pudo haber sido influida por variables afectivas y diferencias transferenciales hacia mí y hacia el grupo. Mientras que con las promotoras del grupo matutino la relación durante la supervisión fue cercana y abordaba temas y problemáticas personales, con el grupo de supervisores vespertinos esto no se pudo dar de modo natural. Explicado por los horarios: los promotores comunitarios del grupo vespertino tuvieron un patrón de demoras, llegando hasta 45 minutos tarde a la supervisión, haciendo que esta tuviera que estar centralizada en la tarea; por otra, las diferencias de edades que dificultaban la identificación (dos promotores comunitarios dos décadas mayores que la investigadora y una de ellas casi dos menor). Lo anterior pudo haber influido en la actitud hacia la técnica, la confianza en el modelo y en mí como supervisora. Esto nos señala la relevancia de la estrategia relacional en la formación de promotores comunitarios, misma que deberá tomarse en consideración en proyectos futuros.

De modo general, este trabajo buscó expandir el conocimiento de intervenciones comunitarias para el manejo de la depresión realizado previamente en México y pretende ser el primer paso en la promoción de modelos comunitarios manualizados basados en el modelo Interpersonal en México. Se ha subrayado ya la importancia que tienen las redes sociales en el afrontamiento de situaciones de marginalización, y a lo largo de esta tesis se presentaron teorías que explican la manera en la que este trastorno disminuye la capacidad de formación y mantenimiento de nodos interpersonales significativos, ampliando el margen de vulnerabilidad para esta población. Así, finalmente, se logra la fundamentación teórica y adaptabilidad del modelo TIP, en donde a conocimiento de los autores, el uso y difusión del mismo ha sido limitado, particularmente a nivel práctico. Esto pese a la evidencia empírica que ha ganado y la aparente coherencia que existe entre éste y la cultura hispana. Así pues, el proponer un modelo de intervención empíricamente comprobado, cuyo objetivo es mejorar la calidad de las redes interpersonales y que ha sido evaluado para poder llevarse a cabo por los mismos miembros de la comunidad parece imperioso para fomentar propuestas autogestivas que promuevan una posición activa por parte de las comunidades marginadas en el país.

Las implicaciones de este proyecto a nivel global, desde una perspectiva ecológica-comunitaria, es que se pretende que el cambio en el micro-sistema a nivel individual, así como el meso-sistema a nivel familiar, tenga un efecto en otros sistemas y en la comunidad en general. Además, los resultados pueden informar acerca de la provisión de intervenciones comunitarias en salud mental desde su planeación y desarrollo, hasta investigaciones futuras para el pueblo de Santa Fe en particular y poblaciones urbano marginales en México en general.

Limitaciones y sugerencias

Este estudio, uno de los primeros a nuestro conocimiento de utilizar el modelo interpersonal por medio de promotores comunitarios de salud mental para el manejo de la depresión en nuestro país presenta algunas limitaciones. En primer lugar los resultados de este estudio deben considerarse preliminares, debido al pequeño número de la muestra, lo que limita la capacidad de la prueba estadística, y a las limitaciones en el diseño de investigación, particularmente la falta de un grupo control y aleatorización de la muestra, lo que limita la validez interna de la investigación, así como afirmaciones de eficacia. En este respecto, no podemos determinar si la mejoría ocurrió como resultado del modelo manualizado OIP, variables de contexto o factores no específicos que incluyeran los FTG, la remisión espontánea, el efecto placebo por ser parte de un proyecto de atención en salud mental y las expectativas que este les provocó, o el efecto que se pudiera haber obtenido en una intervención alterna o una en TIP específica (sin la adaptación comunitaria).

En cuanto a la validez externa y el disminuido número de la muestra, los impedimentos principales a la participación en los tres grupos de este estudio fueron las dificultades en los horarios vespertinos por cuestiones de trabajo y cuidado de niños, eventos inesperados como muertes o enfermedades de familiares. Dos señoras comentaron sentirse insatisfechas con el hecho de ser atendidas por promotores comunitarios de salud, de ellas, una de ellas licenciada en Derecho, co-participante de un grupo de Desarrollo Humano con dos de los promotores comunitarios que comentó estar esperando una atención por parte de una psicóloga y estar indispuesta a ser atendida por no-profesionales y una señora viuda que comentó haberse sentido decepcionada por ser invitada a participar en un grupo no dirigido por psicólogos calificados. Por otra parte, seis de los evaluados afirmaron querer seguir esperando a ser atendidos de modo individual pues no confiaban en un proceso grupal.

Asimismo, otros factores se asociaron a la muerte experimental, entre ellos, en relación a las dinámicas propias de la institución, los días festivos, que rompieron en cuatro ocasiones la continuidad del trabajo, mostrando un alto absentismo luego de fechas espaciadas o cuestiones administrativas organizacionales como mantener la puerta de Casa Meneses cerrada en dos ocasiones o la realización de eventos abiertos al público en los espacios institucionales por festejos del día de las madres, día de muertos o cierres de cursos y entregas de premios, que provocaban confusión en los participantes, causando su deserción y eventual desinterés.

En cuanto a la forma de llevar el trabajo, la falta de adherencia al modelo en dos de los grupos fue identificado como uno de los factores de deserción de los participantes, esto desde dos dimensiones principalmente: uno la laxitud en las reglas y organización en tiempos, que permitía espacios de monopolización discursiva en el grupo. Dos señoras comentaron que esto hacía el proceso aburrido y tedioso. Por otra parte la falta de preparación previa al grupo en los grupos de la tarde, que permitía ver a los promotores comunitarios inseguros y titubeantes, haciendo que recurrieran a leer el manual de modo textual, a eliminar secciones de modo absoluto dentro de las sesiones o a titubear o dar información parcial o errada en las secciones de psicoeducación del manual.

Por otra parte, el tiempo de espera desde la requisición de atención psicológica al seguimiento fue de aproximadamente 3 meses, haciendo que muchos participantes estuvieran ya en remisión parcial de la sintomatología depresiva, su situación de vida por cuestiones de temporalidad hubiera pasado el periodo crítico, o se encontraran ya siendo atendidos en otros grupos de encuentro como Alcohólicos Anónimos [AA], grupos de adolescentes o terapeutas individuales privados.

Aunque invitamos a la población en general a la participación del proyecto, sin consideraciones en cuanto a sexo, de modo sorprendente obtuvimos una prevalencia de hombres frente a mujeres desacomoda a la prevalencia de la psicopatología en muestra internacionales en depresión. Además, aquellos que aceptaron participar tenían una mayor disponibilidad de tiempo y apertura a la experiencia de ser atendidos por promotores comunitarios de salud mental y valorados posteriormente limitan la generalizabilidad de los resultados al amplio de la población del Pueblo de Santa Fe en específico y la mexicana en general.

En cuanto a la instrumentación, el uso de la prueba de Autoeficacia generalizada puede ser vista como otra acotación a los resultados de la presente investigación por dos razones: En

primer lugar, ya que el constructo ha sido cuestionado previamente por su bajo nivel de especificidad y en segundo, por su falta de validación con la población mexicana en general, y una población con características de vida en situación de pobreza y bajos niveles educativos en particular. Sin embargo, su validación y aplicación exitosa en otras poblaciones latinoamericanas proporcionó una base de validez suficiente para ser admitida en este trabajo.

Es relevante considerar que las barreras que perciben las promotoras en este contexto social son consistentes con las observadas por la investigadora en proyectos previos y durante su proceso de familiarización con la comunidad, así como en entrevistas focales realizadas en proyectos paralelos. De este modo, cuestiones como el machismo, la falta de involucramiento con la comunidad de Santa Fe, los largos periodos de tiempo utilizados en los trayectos y la cantidad de tiempo requerido para el desarrollo de las funciones son sólo algunas de las necesidades identificadas en el Pueblo de Santa Fe que pudieran impedir el funcionamiento de los proyectos de facilitadores de salud dentro de este contexto social. Por lo anterior, se recomienda en proyectos futuros abordar de manera paralela cuestiones pragmáticas para poder identificar y ahondar en estas problemáticas percibidas.

Si bien pretendimos dar respuesta a las limitaciones expuestas, así como a las otras potenciales barreras que se fueron presentando, no hay investigaciones libres de mejora, lo que promueve el interés en mantener esta línea de trabajo con diversas propuestas a futuro. En primer lugar, desde una visión de psicología comunitaria, que pretende la conexión entre nodos interrelacionales y la valoración de los mismos, así como para un análisis profundo del rol del apoyo social y la modificación de las redes interrelacionales de los participantes en este proyecto, se plantea la necesidad de realizar un análisis de redes, o ego-net como en las investigaciones realizadas por el Dr. Milanese y su equipo en el modelo ECO2. Esto permitiría hacer un análisis integral y multidisciplinario del papel que juega la comunidad en el inicio, mantenimiento y tratamiento de la depresión y las variables asociadas a la misma.

Los resultados de este estudio apoyan el impacto positivo que tiene el apoyo social y la formación y mantenimiento de nodos, sobretodo familiares, en el sentimiento de bienestar de los participantes de esta comunidad. En consecuencia, integrar en futuras investigaciones las dos variables identificadas como barrera a la obtención de apoyo social y calidad relacional resulta crucial. Estas son: autosilenciamiento y la desconfianza. De esta manera, la integración de estas variables como obstáculos potenciales y estrategias para hacerles frente resultará de utilidad en el

manejo de la depresión por este modelo de orientación interpersonal, considerando nuevamente un análisis de validez interna.

Finalmente, el indicio de que existe una falta de capacitación y vinculación con la comunidad por parte de los profesionales de salud mental, así como una amplia necesidad de atención a personas sufriendo depresión nos confirma la necesidad de mantener un trabajo continuo en el reclutamiento, capacitación y supervisión de voluntarios comunitarios. Es por esto que surge un optimismo frente a los resultados positivos obtenidos a través del trabajo de los promotores comunitarios de la comunidad tanto en el impacto para los participantes como en ellos mismos.

Se rescatan varias propuestas luego de la experiencia vivida en este proyecto. En primer lugar, y como se encontró en el estudio 2, los promotores comunitarios deben tener una disponibilidad de tiempo que les permita comprometerse a asistir a la capacitación y la totalidad de las intervenciones y supervisión. Debido a que en nuestro proyecto comenzamos capacitando a diez promotores comunitarios de los cuáles únicamente la mitad fungieron como promotores comunitarios y dos de ellos se apegaron al modelo de forma íntegra, recomendamos ampliar la capacitación y el tiempo de supervisión para garantizar la adherencia al modelo, permitiendo una flexibilidad que se adapte a las necesidades de la población específica.

Un inconveniente al que nos enfrentamos fue que dos de los promotores comunitarios tenían experiencia previa como padrinos en AA, lo que hizo difícil para ellos acoplar su intervención a este modelo de trabajo diferente, sobretodo, con respecto al mayor nivel de estructura. En particular, resultará fundamental resaltar la importancia del apego al lineamiento del grupo, sobre todo con respecto al uso del tiempo y la confidencialidad. Con esto en mente, el siguiente paso será implementar este modelo de forma sistemática en diferentes escenarios manteniendo el modelo, la capacitación, manualización y supervisión, pero considerando las características personales y motivaciones de los promotores comunitarios, así como su adherencia al mismo.

Referencias

- Balcazar, H., Lee Rosenthal, E., Nell Brownstein, J., Rush, C. H., Matos, S., & Hernandez, L. (2011). Community health workers can be a public health force for change in the United States: three actions for a new paradigm. *American journal of public health, 101*(12), 2199-2203.
- Barber, J. P. (2007). Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 17*(2), 131-136.
- Bashir, K., Blizard, B., Bosanquet, A., Bosanquet, N., Mann, A., & Jenkins, R. (2000). The evaluation of a mental health facilitator in general practice: effects on recognition, management, and outcome of mental illness. *British Journal of General Practice, 50*(457), 626-629.
- Becker, J., Kovach, A. C., & Gronseth, D. L. (2004). Individual empowerment: How community health workers operationalize self-determination, self-sufficiency, and decision-making abilities of low-income mothers. *Journal of Community Psychology, 32*(3), 327-342.
- Beutler, L. E., & Karno, M. P. (1999). Psychotherapy research: Basic or applied?. *Journal of clinical psychology, 55*(2), 171-180.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. S. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 9*(4), 250-256.
- Boenisch, S., Kocalevent, R. D., Matschinger, H., Mergl, R., Wimmer-Brunauer, C., Tauscher, M., ... & Bramesfeld, A. (2012). Who receives depression-specific treatment? A secondary data-based analysis of outpatient care received by over 780,000 statutory health-insured individuals diagnosed with depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 47*(3), 475-486.
- Brakemeier, E. L., & Frase, L. (2012). Interpersonal psychotherapy (IPT) in major depressive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 262*(2), 117-121. DOI 10.1007/s00406-012-0357-0
- Brownstein J. N. (2008) Charting the course for community health worker research. *Prog Community Health Partnership, 2*, 177-178.

- Burck, C. (2005). Comparing qualitative research methodologies for systemic research: The use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis. *Journal of family therapy*, 27(3), 237-262.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of management review*, 13(3), 471-482.
- Crowe, M., & Luty, S. (2005). Interpersonal psychotherapy: an effective psychotherapeutic intervention for mental health nursing practice. *International journal of mental health nursing*, 14(1), 24-31.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Markowitz, J. C., van Straten A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6):581–592
- De Mello, M.F., de Jesus, Mari J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H., & Neugebauer, R., (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience* 255, 75–82.
- Dombrowski, A. Y., Cyranowski, J. M., Mulsant, B. H., Houck, P. R., Buysse, D. J., Andreescu, C., ... & Frank, E. (2008). Which symptoms predict recurrence of depression in women treated with maintenance interpersonal psychotherapy?. *Depression and anxiety*, 25(12), 1060-1066.
- Feske, U., Frank, E., Kupfer, D. J., Shear, M. K., & Weaver, E. (1998). Anxiety as a predictor of response to interpersonal psychotherapy for recurrent major depression: an exploratory investigation. *Depression and anxiety*, 8(4), 135-141.
- Findley, S. E., Matos, S., Hicks, A. L., Campbell, A., Moore, A., & Diaz, D. (2012). Building a consensus on community health workers' scope of practice: Lessons from New York. *American Journal of public health*, 102(10), 1981-1987.
- Frank, E.; Prien, R.F.; Jarrett, R.B.; Keller, M.B.; Kupfer, D.J.; Lavori, P.W.; et al. (1991) Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 851–855.
- Frank, E., Ritchey, F. C., & Levenson, J. C. (2014). Is Interpersonal Psychotherapy Infinitely Adaptable? A Compendium of the Multiple Modifications of IPT. *American journal of psychotherapy*, 68(4), 385-416.

- Gennaro, A. (2011). The building of models as pathway to understand the therapeutic process. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45(3), 355-365.
- Gómez del Campo Estrada, J. F. (1993). El modelo de acción social para la intervención comunitaria. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 6(1-2), 271-306.
- Gutiérrez, L. M. & Ortega, R. (1991). Developing Methods to Empower Latinos, *Social Work With Groups*, 14(2), 23-43.
- Hatzidimitriadou, E. (2002). Political ideology, helping mechanisms and empowerment of mental health self- help/mutual aid groups. *Journal of community & applied social psychology*, 12(4), 271-285.
- Hodgetts, A., & Wright, J. (2007). Researching clients' experience: A review of qualitative studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14(3), 157-163.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059.
- Howard, K. I., Orlinsky, D. E., & Lueger, R. J. (1994). Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy: New models guide the researcher and clinician. *The British Journal of Psychiatry*.
- Jack, B. A., Kirton, J.A., Birakutaki, J. & Merriman A. (2011). The personal value of being a palliative care Community Volunteer Worker in Uganda: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 26(5) 753–759. Doi: 10.1177/0269216311413628
- Kahssay, H. M., Taylor, M. E., & Berman, P. A. (1998). *Community health workers: the way forward*. World Health Organization.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Kovach, A. C., Becker, J., & Worley, H. (2004). The impact of community health workers on the self- determination, self- sufficiency, and decision- making ability of low- income women and mothers of young children. *Journal of community psychology*, 32(3), 343-356.
- Machado, P. P. (1994). Retos actuales a la investigación en psicoterapia. *Psicología conductual*, 2(1), 113-120.

- MacKenzie, K. R., & Grabovac, A. D. (2001). Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(1), 46.
- Markowitz, J. (2014). Another Interpersonal Psychotherapy Milestone. *American journal of psychotherapy*, 68(4), 355-358.
- Markowitz J. C., Weissman, M. M. (1995). Interpersonal psychotherapy. In: Beckham EE, Leber WR (eds) *Handbook of depression* 2nd ed. The Guildford Press, New York
- Medina-Mora M.E., Borges G., Lara C., Benjet C., Blanco J., *et al.* (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSMIV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med*, 35(12), 1773-1783.
- Mufson, L. H. (2010). Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents (IPT- A): Extending the Reach from Academic to Community Settings1. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(2), 66-72. Doi: 10.1111/j.1475-3588.2009.00556.x
- Mufson, L. H., Dorta, K. P., Olfson, M., Weissman, M. M., & Hoagwood, K. (2004). Effectiveness research: Transporting interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A) from the lab to school-based health clinics. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 251-261.
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of women's mental health*, 13(2), 125-139. DOI 10.1007/s00737-009-0101-6
- Noel, L. T., Rost, K., & Gromer, J. (2013). A depression prevention program for rural adolescents: Modification and design. *Children & Schools*, 35(4), 199-211.
- Olfson, M. (1999). Emerging methods in mental health effectiveness research. *Journal of Practical Psychology and Behavioral Health*, 5, 20-24.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2000). Ironies in the history of psychotherapy research: Rogers, Bordin, and the shape of things that came. *Journal of clinical psychology*, 56(7), 841-851.
- Patel, V., Weiss, H. A., Chowdhary, N., Naik, S., Pednekar, S., Chatterjee, S., ... & Simon, G. (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 376(9758), 2086-2095.

- Paykel, E.S.; Ramana, R.; Cooper, Z.; Hayhurst, H.; & Barocka, A. (1995) Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25(6), 1171–1180.
- Pilkonis, P. A., & Krause, M. S. (1999). Summary: Paradigms for psychotherapy outcome research. *Journal of clinical psychology*, 55(2), 201-205.
- Reay, R., Stuart, S., & Owen, C. (2003). Implementation and effectiveness of interpersonal psychotherapy in a community mental health service. *Australasian Psychiatry*, 11(3), 284-289.
- Robertson, M. (1999). Interpersonal therapy: an introduction for clinicians. *Australasian Psychiatry*, 7(1), 25-27.
- Ruffolo, M. C., Kuhn, M. T., & Evans, M. E. (2005). Support, Empowerment, and Education A Study of Multiple Family Group Psychoeducation. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13(4), 200-212.
- Schoenwald, S. K., & Hoagwood, K. (2001). Effectiveness, transportability, and dissemination of interventions: What matters when? *Psychiatric Services*, 52(9), 1190–1197.
- Shea, M. T., Leon, A. C., Mueller, T. I., & Solomon, D. A. (1996). Does major depression result in lasting personality change?. *The American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1404.
- Shine, L. & Westakot, M. (2010). Reformulation in cognitive analytic therapy: Effects on the working Alliance and the client's perspective of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 83, 161-177
- Sloan G et al (2009). An overview and history of interpersonal psychotherapy. *Nursing Standard*. 23, 26, 44-49.
- Stahl, S.M. (1999). Why settle for silver, when you can go for gold? Response vs. recovery as the goal of antidepressant therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(4), 213–214.
- Swartz, H. A., Frank, E., Shear, M. K., Thase, M. E., Fleming, M. A. D., & Scott, J. (2004). Brief interpersonal psychotherapy for depression in women: A pilot study. *Psychiatric Services*, 55,448-453
- Verdeli, H. (2008). Toward building feasible, efficacious and sustainable treatments for depression in developing countries. *Depression and anxiety*, 25(11), 899-902. Doi 10.1002/da.20536

- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C. (1998). *An Overview of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, D.C., American Psychiatric Press
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., Klerman, G. L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press
- Weisz, J. R., Weiss, B., & Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578–1585.

ANEXOS

ANEXO A

Cuadro comparativo de estudios

	Estudio cuantitativo		
	Estudio 1	Estudio 2	
Objetivo General	Estudio cuantitativo Estudio 2 Estudio 3 Evaluar la viabilidad de un programa de orientación interpersonal grupal para el manejo de la depresión a través de promotores de salud mental de la Comunidad de Santa Fe con un entrenamiento expreso.		
Objetivos específicos	<p>Estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en las medidas de sintomatología depresiva.</p> <p>Estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en las medidas de apoyo social.</p> <p>Estimar el efecto de la intervención de orientación interpersonal grupal en el sentimiento de autoeficacia.</p>	<p>Describir el proceso de cambio de los participantes a partir de un análisis de los aspectos relevantes de su narrativa como fue recolectada a través de las sesiones del grupo de Orientación Interpersonal impartido por promotores de salud mental en el pueblo de Santa Fe.</p> <p>Identificar las características personales de los promotores de salud mental voluntarios asociados a la labor altruista.</p> <p>Describir las visiones de las personas voluntarias acerca de su significado de vida y valor personal.</p> <p>Identificar el impacto percibido que ha tenido el ser promotor de la salud en las distintas áreas de vida de la persona.</p>	<p>Identificar los momentos clave recordados por los participantes como propulsores de cambio dentro del grupo.</p> <p>Definir el rol del promotor, así como su viabilidad en la impartición del modelo de orientación interpersonal desde la mirada de los participantes del grupo.</p> <p>Ubicar el impacto del proceso de orientación interpersonal en su capacidad de crear, identificar, fortalecer o mantener sus relaciones interpersonales.</p>
Pregunta de investigación	<p>¿Existen diferencias significativas en las medidas de depresión, autoeficacia, percepción de apoyo social y redes sociales antes y después de la intervención de orientación interpersonal impartida por promotores de salud de la comunidad de Santa Fe con entrenamiento expreso?</p> <p>¿Habrá una disminución en los síntomas de depresión en los usuarios que participan en la orientación interpersonal impartida por los promotores de salud?</p> <p>¿Habrá una mayor percepción de apoyo social en los usuarios del grupo experimental sometidos a la orientación interpersonal impartida por los promotores de salud?</p> <p>¿Incrementará el sentimiento de autoeficacia en los usuarios que participan en la orientación interpersonal impartida por los promotores de salud?</p> <p>¿Se mantendrán los cambios en estudios longitudinales a 3 y 6 meses en los usuarios que participan en la orientación interpersonal impartida por los promotores de salud?</p>	<p>¿Cuáles son los factores que motivan a los promotores comunitarios para la realización de labores voluntarios?</p> <p>¿Cuáles son las características personales de los promotores de salud voluntarios?</p> <p>¿Cuál es el impacto personal y social de ser un promotor de salud voluntario en el Pueblo de Santa Fe?</p>	<p>¿Cuál es la experiencia de los participantes del programa comunitario de OI-G impartido por promotores desde un discurso anecdótico valorativo?</p>
Método/ Técnica	Entrevista focal		
Participantes y muestreo	<p>Muestreo no probabilístico. Las entrevistas fueron 7 mujeres y un hombre. Con excepción de una, todas ellas eran habitantes del Pueblo de Santa Fe.</p>	<p>Seguimiento de audio de 12 sesiones de OI-G.</p> <p>Cuatro participantes, una mujer y tres hombres que concluyeron las doce sesiones del grupo de OI-G impartido por promotores de Salud Mental en el Pueblo de Santa Fe.</p>	<p>Entrevista a profundidad</p> <p>Seis participantes, dos mujeres y cuatro hombres, de tres diferentes grupos de OI-G impartido por dos diferentes equipos de promotores de salud mental con entrenamiento expreso.</p>

ANEXO B

Escala de Hamilton

Nombre del paciente: _____ **Código:** _____
Fecha: _____

Instrucciones: Escoja en cada tema la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17.

_____ **1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:**

0 = Ausente

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

_____ **2. Sentimiento de culpa:**

0 = Ausente

1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

_____ **3. Suicidio:**

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

_____ **4. Insomnio precoz:**

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

_____ **5. Insomnio intermedio:**

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

_____ 6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

_____ 7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

_____ 8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligeramente retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

_____ 9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

_____ 10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

_____ 11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitations, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

_____ 12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

_____ 13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. (Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2).

_____ 14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

_____ 15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

_____ 16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

_____ 17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un Trastorno Depresivo.

Total: _____

(Una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6. La escala máxima es de 52.

Los últimos cuatro síntomas no miden intensidad de depresión, sino definen el tipo clínico de depresión o corresponden a síntomas raros).

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23, 56-62.

Hamilton, M., (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, 6, 278-296.

ANEXO C

Apoyo social. Escala de apoyo social para adultos (EAS) (Palomar, Matus & Victorio, 2013)

Nombre: _____

Cod. _____

Fecha: _____

Favor de completar el siguiente cuestionario completando a partir del número que más se acerque a **su manera de sentir**

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mis amigos me abrazan o me dan afecto					
2. Mi familia es cariñosa conmigo					
3. Mi familia reconoce lo que hago bien.					
4. Mi familia realmente trata de ayudarme					
5. Mi familia me apoya y me ayuda cuando lo necesito					
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme					
7. Puedo hablar de mis problemas con mi familia					
8. Mi familia me ayuda a tomar decisiones					
9. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos					
10. Cuento con al menos una persona que me ayuda a entender por qué no hice algo bien					
11. Cuento con al menos una persona que puede guardar en secreto lo que hablamos					
12. Cuento con al menos una persona que se preocupa por mi bienestar					
13. Cuento con al menos una persona que me dice que se siente cercana a mí					
14. Cuento con al menos una persona que me hace saber que hice algo bien					
15. Cuento con al menos una persona que me acepta como soy					
16. Cuento con al menos una persona con la que hablo de las cosas que me interesan.					
17. Cuento con al menos una persona con la que puedo hablar de mis sentimientos más profundos					
18. Cuento con al menos una persona con la que puedo contar en caso de necesidad					
19. Cuento con al menos una persona que me hace saber cómo se sintió en una situación similar a la que yo estoy pasando					
20. Cuento con al menos una persona que me respeta por las cosas que he hecho bien.					
21. Cuento con al menos una persona que ha estado conmigo en momentos difíciles					

ANEXO D

Escala de Auto-Eficacia Generalizada

(Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente				
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer				
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

ANEXO E

Escala de adherencia al modelo interpersonal

Nombre del facilitador: _____

Fecha: _____ Sesión # _____

Calificación general del facilitador en esta sesión

Calidad

	Muy baja					Muy alta	
	1	2	3	4	5		
Habilidad del terapeuta en mantener un enfoque en los temas del modelo interpersonal	1	2	3	4	5		
Habilidad del terapeuta en mantener una visión en el modelo interpersonal	1	2	3	4	5		
Habilidad interpersonal del terapeuta	1	2	3	4	5		
El terapeuta exhortó al paciente a afrontar el problema de modo interdependiente	1	2	3	4	5		
Habilidad del terapeuta en mantener una adecuada relación terapéutica	1	2	3	4	5		
Habilidad del terapeuta en atender al afecto del paciente	1	2	3	4	5		
Habilidad del terapeuta para estructurar la sesión	1	2	3	4	5		

Conducta del terapeuta dentro de la sesión

Ocurrió

Debió haber ocurrido

Calidad

	Ocurrió		Debió haber ocurrido		Muy baja		Muy alta		
	Sí	No	Sí	No	1	2	3	4	5
El terapeuta hablo de sí					1	2	3	4	5
El terapeuta dio consejo directo o guía					1	2	3	4	5
El terapeuta usó el humor de forma apropiada					1	2	3	4	5
El terapeuta se mostró confiado					1	2	3	4	5

Enfoques del modelo Interpersonal – Todas las sesiones

Ocurrió

Debió haber ocurrido

Calidad

	Ocurrió		Debió haber ocurrido		Muy baja		Muy alta		
	Sí	No	Sí	No	1	2	3	4	5
Se abordaron los síntomas psiquiátricos					1	2	3	4	5
Se abordaron las relaciones interpersonales específicas					1	2	3	4	5
Se abordó el apoyo social general					1	2	3	4	5
Se realizó una formulación interpersonal como manera de vincular los síntomas, los problemas					1	2	3	4	5

interpersonales y el apoyo social									
SE abordaron las áreas interpersonales específicas					1	2	3	4	5
Se discutieron maneras para desarrollar mejor apoyo social					1	2	3	4	5

Tácticas del modelo Interpersonal en sesiones iniciales

Ocurrió

Debió haber ocurrido

Calidad

Sí

No

Sí

No

Muy baja

Muy alta

Revisión del motivo de consulta y síntomas psiquiátricos					1	2	3	4	5
Revisión de la historia y tratamiento psicológicos previo					1	2	3	4	5
Se dio psicoeducación de la enfermedad psiquiátrica					1	2	3	4	5
Se dio psicoeducación del modelo Interpersonal					1	2	3	4	5
Se desarrolló un inventario interpersonal					1	2	3	4	5
Se desarrolló una formulación interpersonal					1	2	3	4	5
Se discutió el rol del paciente en su propio proceso de recuperación					1	2	3	4	5
Se presentó un racional para el uso del modelo Interpersonal					1	2	3	4	5
Se discutieron los objetivos específicos del tratamiento					1	2	3	4	5
Se discutió un contrato de tratamiento					1	2	3	4	5

Tácticas del modelo Interpersonal en sesiones intermedias

Ocurrió

Debió haber ocurrido

Calidad

Sí

No

Sí

No

Muy baja

Muy alta

Se acordó una calendarización de las sesiones y los temas a abordar					1	2	3	4	5
Se revisaron las tareas de sesiones previas					1	2	3	4	5
Se realizaron evaluaciones de síntomas psiquiátricos actuales					1	2	3	4	5
Se realizó una evaluación del funcionamiento en las diferentes áreas de vida (laboral, familiar, social...)					1	2	3	4	5
Se vincularon los síntomas con el contexto interpersonal actual					1	2	3	4	5
Se discutió la formulación					1	2	3	4	5

interpersonal									
Se discutió el problema interpersonal específico					1	2	3	4	5
Tácticas del modelo Interpersonal en sesiones finales									
	Ocurrió		Debió haber ocurrido		Calidad				
	Sí	No	Sí	No	Muy baja				Muy alta
Discusión explícita del final del tratamiento					1	2	3	4	5
Revisión del curso del tratamiento y el progreso en el grupo					1	2	3	4	5
Discusión de señales tempranas de alerta de la depresión					1	2	3	4	5
Desarrollo de un contrato explícito para el seguimiento					1	2	3	4	5
Tácticas del modelo Interpersonal en Duelo y Pérdida									
	Ocurrió		Debió haber ocurrido		Calidad				
	Sí	No	Sí	No	Muy baja				Muy alta
Formulación clara del problema como duelo y pérdida					1	2	3	4	5
Exploración de pérdidas remotas y recientes					1	2	3	4	5
Discusión detallada de la muerte o pérdida					1	2	3	4	5
Identificación y discusión de las emociones asociadas a la pérdida					1	2	3	4	5
Exploración de las maneras en las que el paciente puede desarrollar o continuar las relaciones y el apoyo social previo					1	2	3	4	5
Exhortación para compartir la pérdida con otros.					1	2	3	4	5

Tácticas del modelo Interpersonal en Transición de roles	Ocurrió		Debió haber occurrido		Calidad				
	Sí	No	Sí	No	Muy baja				Muy alta
					1	2	3	4	5
Formulación clara del problema como Transición de roles					1	2	3	4	5
Exploración de los aspectos positivos y negativos del nuevo rol					1	2	3	4	5
Exploración de las pérdidas asociadas al cambio de roles					1	2	3	4	5
Discusión del uso del sistema de apoyo social					1	2	3	4	5
Discusión del desarrollo de nuevas habilidades sociales					1	2	3	4	5

Tácticas del modelo Interpersonal en Disputas interpersonales	Ocurrió		Debió haber occurrido		Calidad				
	Sí	No	Sí	No	Muy baja				Muy alta
					1	2	3	4	5
Formulación clara del problema como disputas interpersonales					1	2	3	4	5
Exploración de pérdidas remotas y recientes					1	2	3	4	5
Discusión detallada de la muerte o pérdida					1	2	3	4	5
Graficar y discutir las disputas					1	2	3	4	5
Revisar los patrones en relaciones previas					1	2	3	4	5
Explorar las expectativas del paciente hacia otros					1	2	3	4	5
Explorar la visión que tiene el paciente de las expectativas de otros hacia sí					1	2	3	4	5
Revisar los aspectos satisfactorios e insatisfactorios de las relaciones interpersonales importantes					1	2	3	4	5
Exploración de cambios que el paciente quisiera hacer de las relaciones importantes					1	2	3	4	5
Clarificación del rol del paciente en las disputas					1	2	3	4	5

Técnicas Interpersonales	Ocurrió		Debió haber ocurrido		Calidad				
	Sí	No	Sí	No	Muy baja			Muy alta	
					1	2	3	4	5
Clarificación de la comunicación del paciente					1	2	3	4	5
Análisis de la comunicación					1	2	3	4	5
Incidentes interpersonales					1	2	3	4	5
Traer a luz el afecto					1	2	3	4	5
Uso del contenido y proceso del afecto					1	2	3	4	5
Entrenamiento en habilidades sociales					1	2	3	4	5
Discusión de la comunicación implícita o no-verbal					1	2	3	4	5
Juego de roles					1	2	3	4	5
Técnicas directivas (por ejemplo, educación, consejo, tareas)					1	2	3	4	5

Adaptado de Stuart, S. (2011). Instituto de Terapia Interpersonal

ANEXO F

Manual de Intervención en Orientación Interpersonal Grupal



Karla Chávez Mendoza

Programa comunitario de orientación interpersonal para el manejo de la depresión en México

del Doctorado de Investigación Psicológica

Universidad Iberoamericana

Introducción y objetivos

Este manual sirve como una guía para los promotores comunitarios de salud mental que planean facilitar un grupo de encuentro para personas que padecen depresión. La idea principal es dar a estas personas la oportunidad de compartir su experiencia, normalizar sus emociones y brindarles un espacio de consejería donde puedan darle voz a sus experiencias, preocupaciones en un espacio de contención y apoyo.

El grupo otorga un espacio donde se puedan discutir asuntos de comunicación con la pareja, sentimientos de aislamiento, dificultad en el cambio de roles, problemas de autoestima, y conflictos interpersonales tanto con personas cercanas como con miembros de su comunidad.

Por medio de doce sesiones de encuentro, el grupo da una oportunidad de dar voz a las personas que padecen depresión y ayudarlas a extender esta habilidad a sus relaciones cercanas y grupos más amplios. El grupo provee un lugar para lidiar con las cargas emocionales, personales y psicosociales asociadas tanto al inicio como al mantenimiento de la sintomatología depresiva. Al mismo tiempo busca incrementar la calidad y cantidad de vínculos interpersonales, amortizando los estresores vinculados al inicio de la sintomatología y protegiendo de potenciales recaídas en el trastorno.

Objetivos del grupo de apoyo en orientación de redes:

- Crear una atmosfera de apoyo donde los participantes se sientan cómodos para hablar y compartir
- Proveer estrategias para mejorar las habilidades interpersonales y psicosociales en el fin de hacer frente a los estresores ambientales que pudieron haber dado pie al inicio de la sintomatología depresiva.

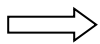
Guía de utilización del manual

En itálicas y encuadrado los ejemplos ilustrativos

Encuadrado, las estrategias comunes de los líderes de grupo

Orden cronológico 1- 2- 3-

Tiempo de impartición  circulado



Con una flecha lo que se debe escribir o tener en el pizarrón/ rotafolios



Con una estrella las cosas para tener preparado antes de la sesión

| Una barra y comillas para señalar y dirigir lo que se debe decir



Dar tiempo para que cada quien comparta como se siente

Trabajo por sesiones

Sesión 1: Trabajo en grupo, qué es un grupo

La sesión de hoy intenta principalmente marcar la introducción al grupo y marcar las pautas en las que el grupo funciona. Se tratarán temas como “¿Por qué estoy aquí?” y “¿Cómo me siento?” y se iniciará en el monitoreo de sentimientos y emociones para el trabajo a futuro. Se debe, sobretodo procurar lograr una cohesión en el grupo y desarrollar los primeros esfuerzos para fomentar la esperanza en el tratamiento, en ellos mismos y en el grupo.

Material necesario

- Escala de Hamilton
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Guía de reglas y derechos para la participación en el grupo copia a cada participante y una en grande en cartulina
- Gráficas de monitoreo de humor
- “Tronco”
- Plumones, rotafolio, 5 tijeras

Actividades

1. Presentación

10 mins.

- ▶ El líder de grupo y el co-líder se presentan y explican sus respectivos roles, discuten los objetivos de la intervención y las reglas de funcionamiento:
 - La confidencialidad (se puede hablar de la experiencia de ser parte del grupo fuera de las sesiones, más se debe conservar el anonimato de los participantes)
 - La participación anónima de los miembros (cada uno se presenta por su nombre, sin el uso de apellidos)
 - Señalar si se encuentran ya en otro sitio de apoyo terapéutico, grupos de investigación, grupos religiosos
 - Principio básico de compromiso sincero (la motivación para estar ahí, hablar por sí mismos, participación personal voluntaria, venir a todas las sesiones, relajarse en los momentos de relajación)
 - Principio básico de hablar de sí mismos



Darles a las participantes un cuaderno y pluma para que puedan tomar nota.

2. Presentación individual

- ▶ Presentación individual de cada miembro del grupo dando su nombre (sin apellidos) sus características generales (edad, estado marital, profesión) y sus motivaciones para estar en el grupo.

“Ahora que cada quien se presentó y durante los próximos cuatro meses, se darán cuenta que compartimos más de lo que creemos y somos más parecidos que diferentes y que juntos podemos lograr las metas por las que vinieron a este grupo. Yo, como ustedes estoy nerviosa por lo que pueda pasar en el grupo. Si bien todos los grupos son diferentes, sí hay algunas cosas que todos comparten, y son unos ciertos ciclos. Ahorita, por ejemplo, es normal que nos sintamos un poco nerviosos y que tengamos algunas reservas, preocupaciones o dudas, alguien quiere hablar de eso?”



Dar tiempo para que cada quien comparta como se siente

“Esto es normal, estamos en un nuevo grupo y en un nuevo ambiente, no sabemos de qué se va a tratar o si las personas aquí pueden entendernos. No sabemos tampoco si podemos confiar en ellas y aún peor, si todo este esfuerzo va a valer la pena, alguien aquí se siente así? Como que esto puede no valer la pena?”



“Si bien no puedo asegurar que este grupo va a hacer toda la diferencia, sí les puedo decir que este grupo y este tipo de apoyo se ha encontrado muy eficiente para sentirse mejor y llevar una mejor vida: más alegre, productiva y con una mejor autoestima y más amistades. Se darán cuenta, más adelante, que el grupo se hará más cercano, se suelen sentir como amigos con quienes compartir lo que se quiere y lo que se siente y se ayudan mutuamente a lograr estas metas, haciendo después incluso muy difícil la despedida y el cierre del grupo. Para que esto pueda pasar es necesario tres cosas: venir y estar aquí en el grupo, seguir ciertas normas de convivencia y respeto del grupo de las que hablaremos ahorita y a pesar del trabajo que pueda costar intentar hacer los ejercicios de la semana. Yo por mi parte les prometo venir,

hacer mi mejor esfuerzo para que se cumplan las reglas y que nadie pueda ser afectado, y ayudarlos a que este sea el rincón en el que ustedes puedan sentirse seguros y escuchados y en donde todos sanemos.”



3. Integración

El líder pedirá que cada quien se observe a sí mismo, y que busque algo que traiga puesto o en su bolsa que tenga un significado especial, y por qué es así. Qué representa? Por qué le gusta? Quién se lo dio? En caso de que haya una relación con alguien o que mencione el vínculo con otra persona, el líder buscara ahondar en la relación.

(Si sucediera que alguien menciona no tener con ellos nada importante, preguntale por algo que posea que le sea particularmente importante, incluso si lo dejó en casa. quién se lo regaló? A qué le recuerda?)

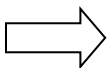


Al terminar, concluye señalando que hay todavía mucho por conocerse, pero intenta integrar lo que comparten los miembros y la importancia que juegan sus personas cercanas en su vida.

4. Calendario semanal de las sesiones:

Se presenta el orden de las sesiones que se estarán trabajando con el fin de dar una pequeña introducción de qué se va a trabajar y cómo se va a trabajar.

Sesión	Tema
Sesión 1	Trabajo en grupo en introducción
Sesión 2	Psicoeducación Depresión
Sesión 3	Psicoeducación terapia interpersonal: apoyo social, a quiénes tengo, quiénes me faltan
Sesión 4	Psicoeducación terapia interpersonal: cuatro áreas de trabajo Vínculo de experiencias personales con sintomatología depresiva
Sesión 5	Inventario interpersonal
Sesión 6	Soledad y aislamiento
Sesión 7	Transición de rol, lo nuevo y lo viejo Contexto de cambio La vida como un cambio



Sesión 8	Disputas interpersonales En qué estado está Expectativas Solución de problemas Valorar patrones paralelos Relación entre la sintomatología depresiva y la disputa interpersonal
Sesión 9	Análisis de la comunicación Comunicación asertiva y requisiciones
Sesión 10	Duelos y emociones relacionadas a las pérdidas A quiénes tengo, quiénes me faltan A quiénes he perdido, cómo es similar y cómo es diferente esta pérdida
Sesión 11	Integración Retroalimentación de quiénes somos
Sesión 12	Cierre, terminación
Sesión mantenimiento	Dos sesiones de mantenimiento tres y seis meses después del cierre.

“No todos los problemas serán abordados en detalle, pero procuraremos brindarles técnicas para resolverlos por su propia cuenta”

5. Reglas



Entregar a cada participante una copia de las reglas para que pueda ir las siguiendo en su lista (Anexo 1)

El líder revisará las reglas y explicará el racional para cada una de ellas. Junto con el grupo decidirán qué va a pasar si:

1. Necesidad de nuevas reglas
2. Desacuerdos con las reglas o las consecuencias de incumplirlas
3. Importancia de las reglas en general



4. Actividad de cierre: Manos en el árbol.

Se tomará la silueta de las manos de cada participante, pidiendo que en cada dedo anoten el nombre de sus personas más importantes. Una vez terminadas se recortaran y se pegarán en el tronco, a modo de follaje.

La conclusión de la actividad debe considerar:

1. Que cada participante es fundamental para que el árbol exista como es.
2. Que si cada uno de ellos tiene personas importantes, es por éstas personas en un principio or las que trabajaremos para mejorar.

¿Cómo sentirme mejor me puede ayudar a ser mejor mamá/papá/espos@/herman@...?



3. Que al final del grupo, se pretende que los cinco dedos no nos alcancen para poder enumerar a nuestras personas importantes y a nuestras relaciones significativas, ya que ese es uno de los objetivos de este grupo.

5. Tarea

“La tarea a la casa no es obligatoria, pero servirá de base de reflexión para el inicio de la siguiente sesión. Una tarea consiste en analizar de manera “a priori” una situación o problema para entender el tema de la sesión futura. Nos proponemos analizar esa situación a partir de cinco columnas”

Tarea para la sesión 2 y en adelante

Explicar a las participantes la gráfica de monitoreo de estados de ánimo, explicándoles que si bien pueden no sentirse “alegres,” durante el día los estados de ánimo fluctúan a partir de diversos eventos que pueden surgir.

- ★ Entregar a cada participante una gráfica semanal de modo que pueda ir monitoreando sus fluctuaciones y los eventos importantes del día (Anexo 2).

6. Retroalimentación ¿Qué me llevo?



7. Ejercicio de relajación

- “Esto es una sensibilización, más que un aprendizaje”
- La relajación inicia los efectos fisiológicos contrarios a la reacción de estrés
- El objetivo es disminuir la tensión
- La relajación se puede utilizar, si quieren, bajo las situaciones estresantes, así como antes de estas situaciones, como preparación.
- No importa cómo lo hagan
- Durante la relajación, concéntrense en sus sensaciones interiores, no en sus pensamientos... déjense ser...
- **Notas:** pueden hacerlo de manera sentada o acostados, con los ojos abiertos, si cerrados les causa angustia.

“Escoja una posición, lo más confortable posible. Pueden mantener cerrados los ojos. Concéntrense en su respiración. Al inhalar, pueden sentir sus pulmones que se inflan y su vientre se eleva. Al exhalar, puede tener una sensación de descanso o distensión. Vamos a repetir unas diez veces con un movimiento respiratorio. Mantenga la concentración en su respiración calmada, lenta y profunda.

Para regresar al estado de alerta, se puede estirar suavemente, masajear su cara, bostezar... y puede abrir los ojos cuando te sientas list@”

Sesión 2: ¿Qué es la depresión?

El objetivo de esta sesión es Psico-educación a los pacientes acerca de la depresión, desde la sintomatología propuesta por el DSM-V, su efecto sobre la vida de los participantes y la asociación entre las áreas interpersonales y el inicio de la sintomatología depresiva con el fin de que comprendan parte de sus procesos y se vean a sí mismos de modo independiente a su enfermedad; es decir, que puedan iniciar el proceso de tomar un rol enfermo en la búsqueda de su sanación..

Material

- Escala de Hamilton
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Rotafolios con información de depresión
- Gráficas de monitoreo de humor
- Rotafolios en blanco, plumones, colores

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. Qué pensaron en la semana, de qué les sirvió, de qué se dieron cuenta. Revisar tarea.



2. Análisis de la gráfica de humor

En esta semana, su primera semana revisando y monitoreando su humor a lo mejor notaron algunos cambios y fluctuaciones en éste. ¿Alguien que quiera compartir la suya?



3. Hablemos de la depresión

La depresión es un trastorno tratable y sus posibilidades de mejorar son muy buenas. Si creen que no hay esperanza, eso es un síntoma de depresión, no un pronóstico.

Los tratamientos usualmente funcionan, y notarás que te sientas mejor, a pesar de esto NO dejes de venir a sesiones, y una vez que termine, aunque te sientas mejor te recomiendo que sigas viniendo a los seguimientos para evitar recaídas.

No olvides mencionar:

- Trastorno psicológico
- Al menos dos semanas
- Corre en las familias

Síntomas

En esta sección, el líder del grupo va dando tiempo para que cada participante pueda ir anotando si hay alguno de estos síntomas con los que se identifique y pueda dar ejemplos de la manera en la que han ido afectando su vida.

Algunas preguntas que pueden servir para esto están en el Anexo (Anexo 3):

**Alteración del estado de ánimo**

- Llanto fácil
- Irritabilidad

Bloquea a quien lo padece

- Pérdida de interés
- En lo que gustaba antes
- Sexual
- Social: **lleva al aislamiento**

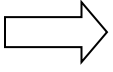
Sensación de cansancio

- Lento en movimientos
- Agitación psicomotora: inquietud, ansiedad

Cognitivos

Pensamientos:

- No puedo
- No valgo
- No me quieren
- Tengo la culpa
- Pude haberlo hecho mejor
- No me gusta
- No quiero estar aquí



- Nada va a cambiar
- La vida no vale la pena
- Distráido
- Con dificultad para pensar

Cambios de hábitos alimenticios

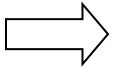
- Mucha hambre
- Poca hambre

Cambios de hábitos en sueño

- Insomnia
- Hipersomnia

¡No olvides preguntar...!

- “¿Cuándo empezaste a sentirte deprimido, triste?”
- “¿Qué podías hacer que ahora ya no puedes?”

**Otros trastornos que acompañan a la depresión**

- **Pensamientos muy recurrentes** (obsesivos, rumiación)
- **Dolor y molestias físicas**
 - Fibromialgia
 - Dolores de cabeza
 - Dolores de espalda
 - Colitis y colon irritable
 - Asma
 - Vértigos
- **Uso de drogas**
- **Uso de alcohol**



Entregar hojas con información de depresión.

“¿A quién de sus familiares pudiera interesarles esta información?”



4. Evaluando la depresión



Entregar escala de depresión de Hamilton

Cada participante va a llenar una escala de Depresión de Hamilton. Se les darán 10 minutos para llenarla y se explicará la manera de conocer la evaluación final.

Al final de esto se dará la vuelta a la mesa escuchando las calificaciones finales de cada participante y se anotará ésta en una hoja o rotafolio para poder conocerla acompañada por lo siguiente



“Como mencionamos la vez pasada, la depresión es un trastorno relativamente común, en México al menos 3 de cada 10 personas lo padece y el número sube cada vez más. Es algo natural como estar con gripa o enfermo. La ventaja es que apoyos terapéuticos como este en el que están suele tener resultados positivos para poder enfrentar esta enfermedad. El venir aquí es como tomar el medicamento que necesitan.”

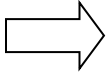
5. Entregar el rol de enfermo

“Al estar deprimidos pueden no sentirse con ganas de socializar o hacer cosas que anteriormente hacían. A lo mejor se lo quieran decir a sus familiares para que puedan entenderlos mejor. Sin embargo, sí puedes estar muy comprometido en tu tratamiento y en trabajar en tu recuperación. Esperamos que conforme se vayan recuperando puedan retomar sus actividades normales. El objetivo es que puedan estar mejor incluso que antes. Entiendo que pueda costar trabajo creer esto ahorita, pero esto puede ser parte de su sentimiento de desesperanza por la misma enfermedad.”

6. Tarea

“El ejercicio para esta semana es volver a leer la información que vimos aquí y de ser posible platicarla con alguien de su confianza, ¿con quién creen que podrían platicarlo?”





También los invito a que tengan esta frase y la anoten en un lugar en donde se puedan acordar:

“Esto es parte de mi depresión, y se debe a la enfermedad, esto no soy yo”

7. ¿Qué me llevo?



8. Relajación

“Introducción y explicación entre el estrés y la relajación (como una manera de controlar las emociones)”

Respiración+ Brazos+ Sensación global

Igual que la sesión 1+ puedes elegir si quieres dirigir la atención sobre un brazo o todo el cuerpo al mismo tiempo. Concéntrate en tu mano, en tu antebrazo, en tu codo, en tu brazo, en tu espalda. Durante algunos segundos tensiona los músculos de tu brazo (Relajación muscular progresiva).

Sesión 3: La importancia de las relaciones sociales, la vida interpersonal

Esta sesión se centrará en la psicoeducación del modelo interpersonal, principalmente señalando la importancia de las redes interpersonales en nuestro desarrollo y en nuestra capacidad para afrontar los estresores psicosociales en los que los participantes se ven envueltos y cómo, la ausencia de este apoyo puede llevar a la depresión ante la presencia de una de estas crisis. Se evaluarán las redes de apoyo de cada uno de los miembros poniendo especial énfasis en los recursos personales y las principales fuentes de contención emocional y motivación para el cambio.

Material:

- Escala de Hamilton
- Circulo interpersonal
- Colores, rotafolios en blanco, plumones
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Rotafolios con información
- Gráficas de humor
- Inventario interpersonal

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. Qué pensaron en la semana, de qué les sirvió, de qué se dieron cuenta. Revisar tarea.

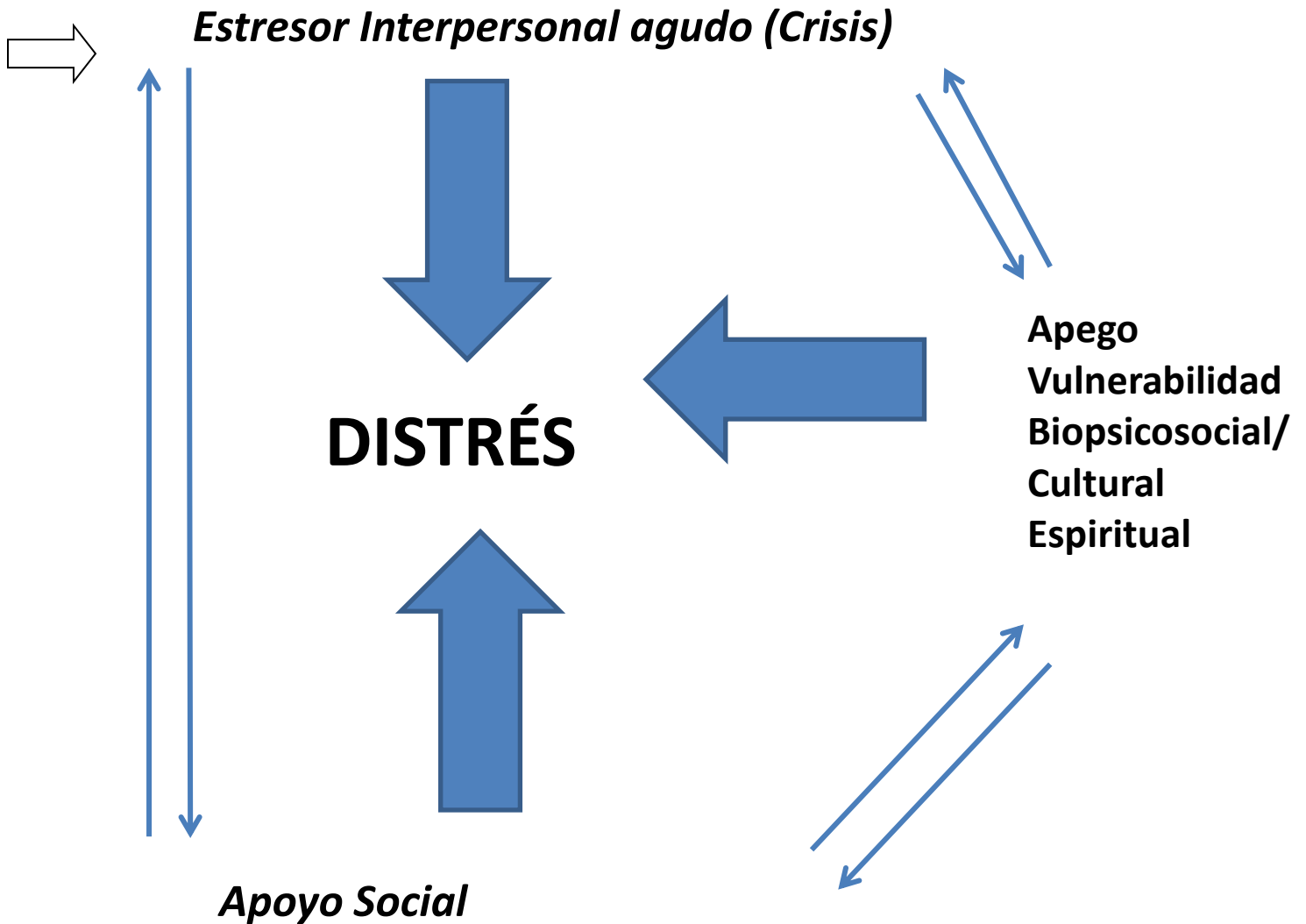


2. Análisis de la gráfica de humor

“En esta semana, ¿qué se encontraron al revisar y monitorear su humor? ¿A lo mejor notaron algunos cambios? ¿Momentos de excepción? ¿Momentos particularmente difíciles? ¿Alguien que quiera compartir la suya?”



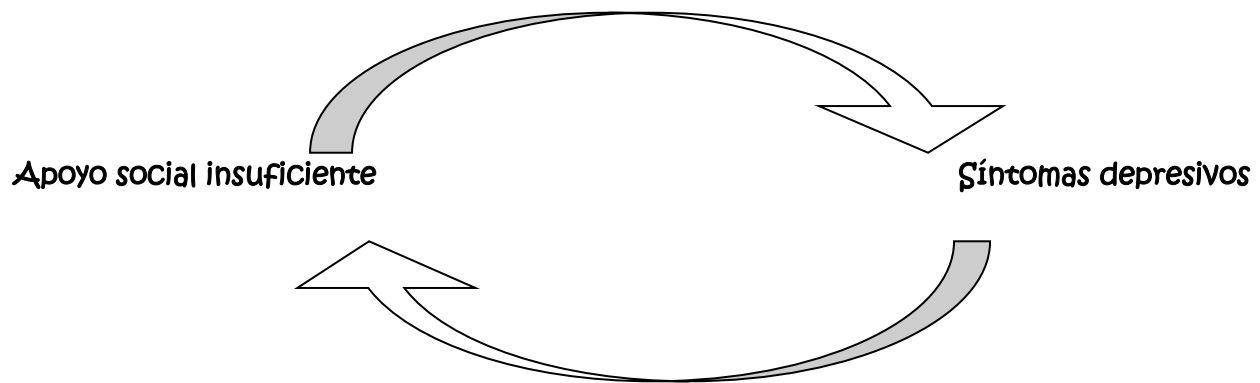
3. Psicoeducación del modelo interpersonal: Apoyo social



“Hoy en particular vamos a hablar de nuestras redes interpersonales, o nuestros amigos. A quiénes tenemos y a quiénes hemos tenido. Ellos van a ser fundamentales para poder recuperarnos en este momento o ante cualquier momento estresante.”

“Creemos que una de las razones por las que se inicia o se mantiene la depresión es porque a veces nuestro apoyo social no se siente suficiente. Al mismo tiempo, los síntomas depresivos nos hacen comportarnos de modos en los que las personas cercanas a nosotros se van alejando. Eso es algo de lo que queremos evitar.”

Se puede dibujar en el rotafolio algo así:



“Uno de los principales objetivos que vamos a seguir durante este grupo va a ser el de mejorar la calidad y la cantidad de nuestras redes sociales y para esto queremos conocer a quiénes son a las personas que tienen.”

4. Círculo interpersonal

“Probablemente para ahora ya todos tienen a sus personas importantes en mente. Para poder hacer este ejercicio más específico puedes ir haciéndoles a todos los participantes estas preguntas, eligiendo a participantes de modo aleatorio para que todos tengan la posibilidad de participar. En su cuaderno, cada participante puede ir respondiendo a las preguntas de modo individual. Recuerda dar tiempo para que todos puedan irlo pensando...”

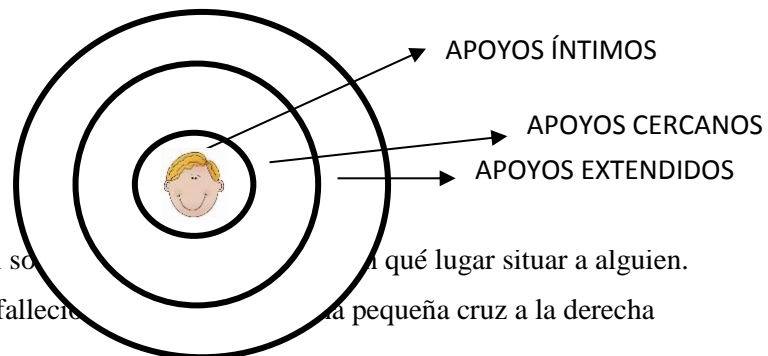
Preguntas generales:

- ¿Quiénes son las personas importantes en tu vida?
- ¿A quién vas cuando necesitas apoyo?
- ¿A quién apoyas?
- ¿De quién dependes?
- ¿Quién está en tu cabeza en este momento?
- ¿Quién está tomando tu energía mental?
- ¿Quién te ha querido bien y cómo?
- ¿A quién necesitarías decirle que lo quieres?



★ Entregar un círculo interpersonal a cada participante.

Ahora les puedes pedir a los participantes que se pongan en el centro del círculo, se pueden dibujar o solo poner su nombre. Considerando que ellos son el centro, entonces pueden ordenar a las personas en las que pensaron en tres niveles, de acuerdo a qué tan cercanos los sienten a ellos.



¡Recuerda!

- Deja que el paciente decida! Si solo se puede dibujar o solo poner su nombre, entonces pueden ordenar a las personas en las que pensaron en tres niveles, de acuerdo a qué tan cercanos los sienten a ellos.
- Si quiere añadir a alguien que falleció, puede dibujar una pequeña cruz a la derecha.



Da tiempo a participación del grupo

“La segunda parte consiste en que piensen en la distancia que tienen sus redes o apoyos de ustedes. Es más cercana de lo que les gustaría? ¿Les gustaría que fuera más cercana?”

“De aquí, hagan una flecha hacia dentro para las personas que les gustaría tener más cerca, y una flecha hacia afuera para las personas que les gustaría alejar de su vida o de las que les gustaría independizarse.”



5. Tarea

“Pensando en las personas en las que pensaste. Lleva a casa estas preguntas y date un momento en la semana para contestarlas.”



Preguntas específicas:

- ¿Qué tan frecuentemente ves a esta persona?
- ¿Qué te gusta de esta relación?
- ¿Qué no te gusta de esta relación?
- ¿Qué ha cambiado en la relación?
- ¿Cómo te gustaría que la relación fuera diferente?
- ¿Qué tipo de apoyo te da esta persona?
- ¿Cómo apoyas tú a esta persona?
- ¿Cómo describirías una pelea con esta persona?

6. ¿Qué te llevas de esta sesión?



7. Relajación.

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ global

Sesión 4. Áreas de trabajo

Esta sesión se centrará en la psicoeducación del modelo interpersonal; sin embargo, ahora tendrá un enfoque en las cuatro áreas de trabajo del modelo o disparadores de la depresión. El objetivo que se perseguirá será la retroalimentación e individualización del tratamiento por medio de un acercamiento a la formulación interpersonal y la identificación del área interpersonal problemática a trabajar: 1) Duelo, 2) disputas interpersonales, 3) cambio de rol, 4) déficits interpersonales.

Material

- Inventario interpersonal
- Escala de Hamilton
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Gráficas de humor
- Rotafolios, plumones y colores
- Rotafolios con información

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. Qué pensaron en la semana, de qué les sirvió, de qué se dieron cuenta. Revisar tarea.



2. Análisis de la gráfica de humor

“En esta semana, ¿qué se encontraron al revisar y monitorear su humor? ¿A lo mejor notaron algunos cambios? ¿Momentos de excepción? ¿Momentos particularmente difíciles? ¿Alguien que quiera compartir la suya?”



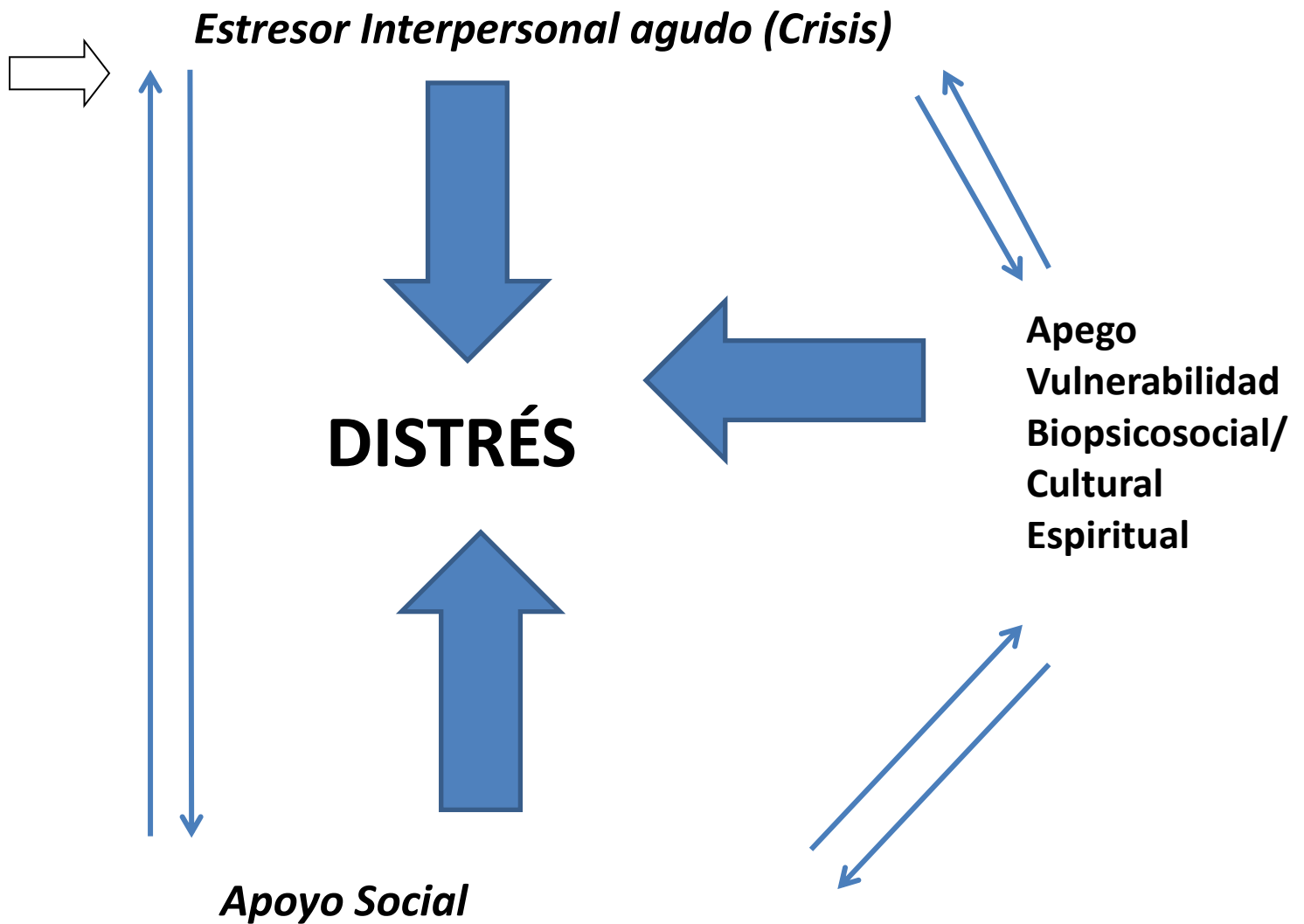
3. Psicoeducación etiología o disparadores de la depresión

“Vamos a hablar hoy de algunas de las razones por las que pudo haber empezado la depresión o se pudo haber hecho más fuerte, de modo que ustedes puedan conocerse mejor y para que empecemos a vincular sus síntomas con algunos de estos ‘disparadores’.”

¿Por qué se da la depresión?

La terapia interpersonal entiende a la depresión desde una visión tripartita (esto lo puedes retomar de lo visto la sesión pasada, incluso pedir que ellos lo expliquen...)





Después de esto el líder hablará y explicará los cuatro “estresores/ crisis interpersonales,” para hacer más fácil a los participantes que lo vinculen con su propia vida pueden comenzar con una pregunta como:

“A partir de lo que vimos la semana pasada, alguien puede identificar en qué momento, o alrededor de qué fechas comenzó a sentirse deprimido/triste...”



“¿Qué estaba pasando por estas fechas?”

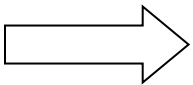


(Dar tiempo entre cada explicación a que los individuos puedan relacionar el momento en el que comenzó la depresión y todo lo que estaba pasando en sus vidas en ese momento).

Algunas preguntas que pueden ayudar son:

- ¿Qué estaba sucediendo en tu vida y qué estaba pasando en casa, en el trabajo, con tu familia... cuando te empezaste a sentir mal?
- ¿Cuándo te empezaste a sentir deprimido, qué estaba pasando en tu vida?
- ¿Había decepción en tus relaciones?
- ¿Empezaste a tener problemas en tu matrimonio?
- ¿Tuviste una pelea con alguien cercano?
- ¿Empezaste un nuevo trabajo?
- Alguien se mudó contigo? Alguien se fue de la casa? tú te mudaste?
- Alguien murió?
- Fue el aniversario de la muerte de alguien cercano?

Las cuatro áreas de trabajo del modelo interpersonal



Duelo



**Disputas
interpersonales**



**Transición de
rol**



**Déficits
interpersonales**

Duelo

Pérdida real de una persona amada.

Tres estadios:

1. Protesta
2. Desesperación
3. Desapego: la persona ya puede volver a socializar.

Aplica para:

- Muerte
- Diagnósticos terminales
- Miedo a la propia muerte
- Miedo a la muerte de alguien querido
- Pérdida de una parte del cuerpo

Disputas interpersonales

Conflictos entre dos o más individuos.

Tres estadios:

1. **Negociación:** Intento por llegar a un acuerdo mutuo en los deseos de ambas partes
2. **Punto muerto:** los intentos llegan a su fin y las dos personas se “estancan” en una posición inflexible.
3. **Disolución:** Ni el conflicto ni la relación puede resolverse

Aplica para:

Conflictos hostiles abiertos:

- Violencia doméstica
- Abuso físico, sexual o psicológico

Traiciones:

- Infidelidades
- Sensación de falta de lealtad hacia uno o su familia

Decepciones: expectativas no cumplidas de un miembro cercano o de una institución

Conflictos silenciados o inhibidos:

- Resentimientos
- Enojos ante situaciones de vida que se consideran injusta
Ej. la enfermedad de un ser cercano

Transición de rol

- Cambio de situaciones
- Exigen a los individuos utilizar nuevas estrategias o modos de funcionar en su mundo físico y social.
- Necesidad de adaptarse a las nuevas tareas
- Cualquier cambio tiene un aspecto negativo y uno positivo.

Aplica para:

Situacionales

- Cambios de trabajo
- Migración
- Graduaciones
- Promociones laborales

Relacionales

- Divorcio
- Matrimonio

Salud

- Enfermedades
- Diagnósticos
- Adaptación a una nueva situación de salud
- Nacimiento de un bebé

Eventos traumáticos o eventos determinantes,

- Violaciones
- Asaltos
- Secuestros

Déficits interpersonales

- Dificultad en formar o mantener nuevas amistades.
- Sentimiento de soledad y falta de pertenencia
- Falta de recursos sociales frente a un problema o situación de vida
- Hace más grande el efecto de cualquiera de las otras áreas interpersonales

Aplica para:

- Pacientes que se presentan con falta de habilidades sociales
- Pacientes con pasividad
- Pacientes con hostilidad
- Pacientes con historia de problemas interpersonales
- Pacientes con fallas en mantener relaciones por largos periodos de tiempo



(Durante esta explicación, da tiempo a que cada participante pueda dar su opinión y hablar de su experiencia. Pregunta acerca de esta experiencia)

4. Tarea

★ Entregar a cada participante un inventario interpersonal

“Para casa cada participante llevará un inventario interpersonal para contestar en casa y poder platicar de ello la próxima semana, nos acercamos a poder hacer una formulación interpersonal, es decir, un plan de trabajo personalizado para cada uno de ustedes.”

5. Qué me llevo?



6. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ miembros inferiores+ global

Sesión 5: Personalización del trabajo: formulación interpersonal y negociación de metas

El objetivo de esta sesión es encaminar el trabajo a un modelo personalizado o de pequeños grupos con áreas de trabajo común. Esto se logrará por medio de un análisis del inventario interpersonal junto con la historia de los participantes. Una vez alcanzado esto, se buscará una Negociación de las metas alcanzables para el tratamiento que se reflejan en el área de conflicto. Especificar los cambios realistas para lograrse y para traer un cambio en la sintomatología en el contexto del enfoque interpersonal. Para esto, será importante tomar en cuenta cronicidad y severidad, así como los recursos del cliente y la limitación del tiempo. En adelante, se realizará un análisis de los vínculos que existen entre la sintomatología depresiva y el área interpersonal identificada.

Material:

- Inventario interpersonal
- Escala de Hamilton
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Gráficas de humor
- Rotafolios, plumones y colores
- Rotafolios con información

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. ¿Qué pensaron en la semana?, ¿De qué les sirvió?, ¿De qué se dieron cuenta?.



2. Análisis de la gráfica de humor

“En esta semana, ¿qué se encontraron al revisar y monitorear su humor? ¿A lo mejor notaron algunos cambios? ¿Momentos de excepción? ¿Momentos particularmente difíciles? ¿Alguien que quiera compartir la suya?”



3. Inventario interpersonal

Revisar uno por uno de los participantes sus respuestas en el inventario interpersonal e ir escuchando y confirmando o negando las hipótesis en cuanto al área de trabajo en la cual enfocarse.

Vincular la sintomatología depresiva, a partir de un análisis de la gráfica del humor con eventos asociados al área a trabajar.

“Revisemos su gráfica del humor, y piensen en qué eventos fueron los que trajeron cambios en su humor. ¿Se relacionan con el problema interpersonal que identificaron?”



4. Mini grupos de trabajo por área a trabajar

En pequeños grupos hagan un resumen de los disparadores y las situaciones de vida que pudieran estar asociadas a la depresión con base en lo compartido en la actividad anterior.

A partir de esto y con apoyo del mini grupo, cada participante delineará una meta, algo que quisiera lograr al final de las sesiones.



(Integrar al grupo para darle tiempo para compartirlo).

5. Conclusión

Concluye señalando la importancia que va a tener la continua participación en el grupo a partir de enfocarse en el área a trabajar y que estarán trabajando en estrategias y dándoles técnicas para poder lidiar con cada una de ellas. Para aquellos del grupo que el área de trabajo no sea una situación problemática, va a ser muy importante su participación para poder conocer cómo han hecho ellos en situaciones similares.

“Las fortalezas de unos es el área a trabajar de otros, y el área a trabajar de unos son las fortalezas de los otros. Podemos aprender y enseñar mucho en este grupo.”

6. Tarea

“Esta semana vamos a volver a llenar la misma gráfica del humor, pero me gustaría que ahora observaran de modo atento la manera en la que éste sube o baja en relación a su área a trabajar. ¿Cómo se relaciona su humor a sus apoyos emocionales y sus redes y su área a trabajar?”

7. ¿Qué me llevo?



8. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ miembros inferiores+ global

Sesión 6. Aislamiento, soledad

El objetivo de esta sesión es enfocar el trabajo principalmente en aquellos participantes con déficits interpersonales, sentimientos de soledad o aislamiento continuo. Esta sesión es particularmente importante dado que muchas de las personas que padecen depresión tienen sentimientos constantes de soledad y aislamiento, independientemente de su área a trabajar.

Material

- Escala de Hamilton
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Gráficas de humor
- Rotafolios, plumones y colores
- Rotafolios con información

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. ¿Qué pensaron en la semana?, ¿De qué les sirvió?, ¿De qué se dieron cuenta? Revisar tarea.



2. Análisis de la gráfica de humor

“En esta semana, ¿qué se encontraron al revisar y monitorear su humor? ¿A lo mejor notaron algunos cambios? ¿Momentos de excepción? ¿Momentos particularmente difíciles? ¿Alguien que quiera compartir la suya?”



3. Mis relaciones pasadas

“Revisa tu vida y escribe el nombre de las relaciones que has tenido en tu vida, tanto buenas como malas... piensa en la forma en la que se desarrollaron, iniciaron y terminaron estas relaciones.”



- ¿Hay algún patrón común entre estas personas?
- ¿Hay algún patrón común entre estos problemas?



4. Relaciones actuales.

Volvamos a tu círculo interpersonal y hablemos nuevamente de tus relaciones actuales.

- Platícanos de ellas
- Qué tan frecuentemente los ves?
- Qué es lo que más disfrutas de estar con ellos?
- Qué es lo que menos disfrutas?
- Qué problemas estás teniendo actualmente?



5. Actividad mi relación con el grupo y el terapeuta. Aquí y ahora.



Hasta ahora me siento... con el terapeuta y con el grupo

Enfoca tu atención principalmente en las personas del grupo de déficits interpersonales, pero no dejes de darles voz al resto del grupo.



Las siguientes preguntas te pueden ayudar a dirigir la discusión:

- ¿Cómo te has sentido hasta ahora en el grupo?
- Has tenido problemas para hablar?
- Te has sentido rechazado?
- Te has sentido amenazado?
- Te has sentido molesto?
- Por quién? En qué momento?
- Lo has dicho?



6. Actividad. ¿Cómo conozco a la gente?



Entregar una hoja con preguntas a cada participante

- a) *Describe cómo conoces a la gente*
- b) *Como inicias una conversación*
- c) *Tienes problemas para hacer que hacer en una relación después de que conoces a alguien?*
- d) *Qué pasa cuando estás con tus amigos?*
- e) *Cómo has expresando tu enojo? Cómo has expresado lo que tú necesitas?*
- f) *Qué actividades te gusta hacer cuando estás con tus amigos?*

(Si existen, apóyate en aquellos en el grupo que son particularmente sociables)



7. Tarea

“Identifica a un amigo viejo o a alguien en tu comunidad con quien pudieras contactar y contáctalo esta semana. Aunque aún no busques salir con esa persona, al menos dedica unos minutos para hacer contacto: llamarla, buscarla, saludarla o darle 30 minutos de tu tiempo para escucharla.”

Y/ O

“Busca una situación social en la cual participar: grupo, fiesta, feria, reunión... y asiste. Platicaremos la próxima semana cómo te fue.”

8. Qué me llevo?



9. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ miembros inferiores+ latidos del corazón+ sensaci+on global del cuerpo en reposo

Sesión 7: Transición de rol, cambios de vida

El objetivo de esta sesión es enfocar el trabajo principalmente en aquellos participantes con transiciones de vida o de rol. Muchas veces los individuos que están viviendo un cambio de rol importante, ya sea positivo o negativo, se sienten abrumados por las nuevas habilidades que ésta implica y que sienten no tener. Esta sesión es muy importante dado que muchas de las personas que padecen depresión tienen también pensamientos de ser poco competentes, así como sentirse abrumados e incapaces de hacer frente a los retos que trae la vida. La meta será, entonces, recobrar este sentido de eficacia personal y hablar de los cambios como una parte esencial e ineludible de la vida.

Material

- Escala de Hamilton
- Contrato/formulación interpersonal por paciente
- Hojas blancas
- Colores
- Cuadro de ventajas y desventajas de nuevo rol
- Cuadro de retos para tareas
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Gráficas de monitoreo de humor

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. ¿Qué pensaron en la semana?, ¿De qué les sirvió?, ¿De qué se dieron cuenta? Revisar tarea.

En esta sesión la revisión de tarea y el análisis de la gráfica del humor están relacionados.



Revisión de tarea de actividades sociales:

- ¿Cómo te fue?
- ¿Cómo te sentiste?
- ¿Fue como anticipaste?

- ¿Qué hiciste?
- ¿Qué recomendaría el grupo para la próxima situación?



Plantea nuevos retos o las modificaciones recomendadas por el grupo respecto a esta tarea para los miembros con sentimientos de soledad.

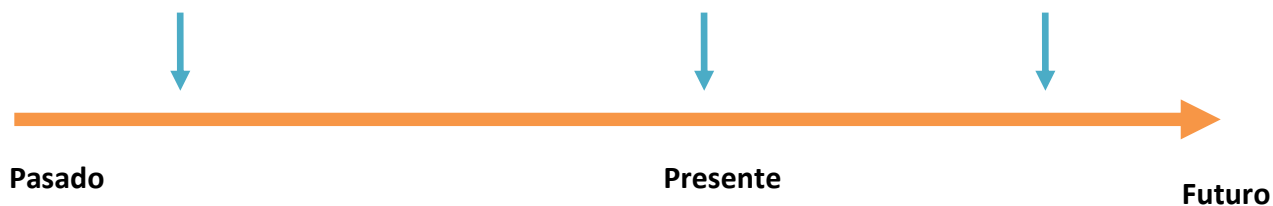
2. Línea del tiempo



Entregar una pieza de papel a cada participante. Tener colores a la mano.

El objetivo es que los participantes dibujen una línea del tiempo con los eventos más importantes de su vida. Una pregunta que puede servir es:

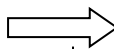
- ¿De qué manera se ha desenvuelto su vida para que hoy se hayan convertido en quienes son?
- ¿Cuáles han sido algunos de los momentos más importantes de su vida?
- ¿Cuáles han sido algunos cambios en su vida?



Al terminar da tiempo a que cada participante comparta su línea del tiempo



3. Análisis de cambios, explicación con base en el modelo interpersonal



Ejemplos de cambios:

Momentos de vida:

- Adolescencia
- Paternidad
- Envejecimiento
- Retiro

Enfermedades:

- Diagnósticos
- Limitaciones físicas

Logros

Situacionales

- Perdida de trabajo
- Graduación
- Migración
- Mudanza

Relacionales:

- Matrimonio
- Divorcio
- Adopción

Todos estos son ejemplos de transiciones de rol.

Pregunta al grupo en general “¿Cuáles han sido los cambios más padres/satisfactorios de su vida?” y “¿Cuáles los más difíciles de su vida?”



Enfócate en los difíciles ahora... Puedes preguntar de modo aleatorio en el grupo

¿Cómo fue para ti este cambio?

¿En quién te has apoyado?

¿Cómo lo expresaste?

¿Cómo lo enfrentaste?



Ahora, encáminate a trabajar la transición de rol de los miembros del grupo en el presente, particularmente aquellos que son del grupo transición de rol:

Puedes hacerles las siguientes preguntas:

¿Cuándo se dio cuenta de la transición?

¿Cuáles son las expectativas que tiene de otros?

¿Cuáles son las expectativas que tiene de la situación?

¿Han cambiado sus expectativas?

¿Qué ha intentado para ajustarse al cambio?

¿Ha funcionado? ¿por qué?

¿Qué ha hecho que este cambio en particular sea difícil?



4. Afectos y retos en el nuevo rol.

Explora los afectos! Los pensamientos y los sentimientos conflictivos frente al cambio:
Tristeza, enojo y culpa acerca del viejo rol...

“¿Qué es lo que más va a extrañar?”



Ansiedad del nuevo rol

¿Qué le genera ansiedad? ¿Qué retos anticipa?



Pídeles que enumeren los retos que observa en una hoja de su cuaderno

Permite que compartan con el grupo y da tiempo para escuchar la retroalimentación del grupo



5. Cambios, ventajas y desventajas.

Para esta actividad, por en parejas/tercias a los participantes de transición de rol con aquellos que estén en otros grupos de modo que los otros puedan apoyarlos en llenarlo.



Entregar a los participantes una hoja con esta tabla

Viejo rol		Nuevo rol	
PRO	CONTRA	PRO	CONTRA



Si aún queda tiempo... Dar tiempo para compartirla

6. Tarea

“Deberán terminar de llenar el cuadro de ventajas y desventajas en su casa con nuevas ideas o pensamientos que tengan durante la semana.”

“Retomando los retos del nuevo rol enumerados, los participantes del grupo de transición de rol se llevarán la tarea de pensar en quién se pueden apoyar para lograr ese reto.”



Entregar un cuadro de retos a todos los participantes, independientemente del subgrupo al que pertenezcan

Reto	¿Quién me puede ayudar?	¿De qué manera?	¿Cómo le pudiera pedir ayuda?

Al resto del grupo se les pide que sigan pensando en la persona a la que apoyaron hoy, pensando o preguntando ideas y recursos personales o comunitarios que pudieran apoyarlos en resolver el reto identificado.

7. ¿Qué me llevo?



8. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y cuello+ miembros inferiores+ latidos del corazón+ global

Sesión 8: Disputas interpersonales: Solución de problemas

El objetivo de esta sesión y la siguiente es enfocar el trabajo principalmente en aquellos participantes que identifican el inicio o incremento en su depresión a partir de peleas o desacuerdos con personas importantes en su núcleo social; sin embargo, serpa relevante para todos los participantes del grupo. Muchas veces es difícil encontrar la manera de negociar o de satisfacer las necesidades propias y del otro. Al mismo tiempo, en ocasiones las expectativas de los otros hacia las personas y de éstas hacia sus seres queridos no concuerdan con las acciones o comentarios reales o interpretados. Esto hace que el individuo se sienta frustrado y sienta que sus necesidades no pueden ser satisfechas. Esta sesión es muy importante dado que muchas de las personas que padecen depresión tienen también conductas y comentarios que pueden llegar a provocar reacciones adversas en su medio, haciéndolo particularmente vulnerable a perder sus apoyos. La meta que se persigue es incrementar las habilidades de solución de problemas, así como las de comunicación con el fin de favorecer un sentido de diálogo y negociación a partir de mejorar las relaciones interpersonales existentes.

Material

- Escala de Hamilton
- Gráfica de conflictos interpersonales
- Gráficas de monitoreo de humor
- Pasos de solución de problemas
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Hojas blancas
- Colores
- Rotafolios en blanco, plumones
- Rotafolio con información

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. ¿Qué pensaron en la semana?, ¿De qué les sirvió?, ¿De qué se dieron cuenta? Revisar tarea.



¿Qué tanto crees que otros pueden entender tu experiencia?

¿Qué puedes hacer para que otros puedan entender tu experiencia mejor?

2. Análisis de la gráfica de humor

La revisión de tarea y el análisis de la gráfica del humor están relacionados. ¿Cómo se relaciona tu humor y sus fluctuaciones con tus relaciones interpersonales?



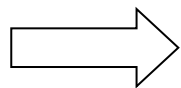
3. Disputas interpersonales: Identificar el estadio de la disputa

“Esta sesión va a estar dedicada a aquellas personas que tienen disputas interpersonales y que identificamos que esta era su área de trabajo. Esto no significa que no vaya a servirles a los demás o que los demás no pueden participar; esto va a ser enriquecedor para todos ya que todos en alguna ocasión hemos tenido alguna diferencia o necesidad de romper una relación. ¿Tienen algún ejemplo?”



(Con base en estos ejemplos podemos recordar los tres estadios de problemas interpersonales que existen)

Estadios de los conflictos



¿En dónde creen que estarían?

En caso de haber sido un conflicto pasado, ¿A qué fase llevó o cómo fue que terminó el conflicto?



Ahora, encamínate a trabajar la transición de rol de los miembros del grupo en el presente, particularmente aquellos que son del grupo disputas interpersonales:

Puedes hacer las siguientes preguntas:

- ¿Cuándo se dio cuenta del desacuerdo/enojo/pelea?*
- ¿Cuáles son las expectativas que tiene de la otra persona?*
- ¿Qué ha intentado hacer para resolverla?*
- ¿Qué barreras se ha encontrado al intentar solucionarlo?*



4. Gráfica de conflictos interpersonales



Entrega una gráfica de conflictos a todos los participantes.

Pedir que describan el conflicto en palabras

Severidad del conflicto

Importancia de la relación

1. Dibujar un punto en donde el paciente lo entiende de acuerdo a severidad e importancia
2. Dibujar un punto en donde el otro lo pondría!

SEVERIDAD DEL CONFLICTO

IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN

Ayúdale a que comparta con el grupo, haciéndole las siguientes preguntas

¿Qué hace que sea tan severa?

¿Qué hace que la relación sea importante?

¿Por qué lo graficaste ahí?

¿Qué ha cambiado?

¿Dónde lo hubieran dibujado hace un mes? Hace un año?

¿Ha cambiado la perspectiva de alguien?



En segundo lugar...

¿Qué tendría que saber la otra persona para entender tu perspectiva?

¿Qué tendrías que saber para entender la perspectiva del otro?



Permite que el grupo retroalimente, pero siendo cuidadoso que no se adelante a juicios o a dar consejos en resolver la situación de modo apresurado.

5. Solución de problemas

Pasos

1. Examinar el problema
2. Hacer una lluvia de ideas
3. Analizar las diferentes opciones: corto, mediano y largo plazo
4. Implementar la solución entre sesiones
5. Monitorear, cambiar o refinar la elección
6. Practicar



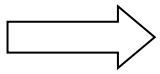
Entregar los pasos de modo gráfico para que los puedan ir siguiendo (Anexo 4)

De modo grupal elige uno o dos problemas (dependiendo el tiempo que tome el primero) para poder hacer un **ejercicio**:

Piensa en el problema y vamos por pasos...

1. Examina el problema

Busca que el participante describa un problema relacionado a su sintomatología depresiva, y ayúdalo a definirlo de modo específico (es decir, que esté descrito de modo que se pueda resolver)



El problema es:

2. Hacer una lluvia de ideas

SOLUCIONES POSIBLES (Todo lo que se les ocurra):

Permite que todo el grupo haga una lluvia de ideas, el líder puede ir anotando todas las ideas en el pizarrón o pedirle a alguien del grupo que sea el que las vaya anotando.

Sugiere al salón que antes de dar cualquier idea use la frase..

¿Has considerado...?

No sé si esto pueda ayudar...



3. Analizar las diferentes opciones: corto, mediano y largo plazo

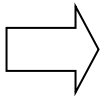
De cada una de ellas evalúen

- Ventajas y desventajas
- Consecuencias a corto plazo
- Consecuencias a mediano plazo
- Consecuencias a largo plazo



4. Elige la mejor

5. Ponla a prueba entre sesiones.



Qué puede hacer entre sesiones? Pongan una actividad para hacer entre sesiones. Algo específico que lo acerque a la solución final o la acción completa, de ser posible, para evaluar sus resultados la próxima semana.

6. Practicar

6. Tarea

Busca hablar con la otra persona para clarificar si lo que tú ves como el problema es lo mismo que entiende la otra persona.

Observa la comunicación mutua. Y pregúntate:

¿Sabes acercarse el uno al otro?

¿Pueden manejar las diferencias?

¿Cómo las manejan?

Después de la discusión llena las siguientes preguntas en tu cuaderno

- ¿Cómo se comunican tú y la otra persona durante la discusión?
- ¿Qué lograron? ¿Cómo terminó?
- ¿Qué es lo que tú ves como el siguiente paso?

Haz un ejercicio de solución de problemas. (Sólo para aquél participante que ejemplificó su problema el día de hoy se le pide que ponga a prueba la solución acordada). Los demás pueden quedarse hasta el paso 4, aunque se les recomienda que avancen lo más posible.

7. ¿Qué me llevo?



8. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ miembros inferiores+ latidos del corazón+ sensación global del cuerpo en reposo.

Sesión 9. Disputas interpersonales, comunicación

El objetivo de esta sesión y la pasada es enfocar el trabajo principalmente en aquellos participantes que identifican el inicio o incremento en su depresión a partir de peleas o desacuerdos con personas importantes en su núcleo social; sin embargo, serpa relevante para todos los participantes del grupo. Muchas veces es difícil encontrar la manera de negociar o de satisfacer las necesidades propias y del otro. Al mismo tiempo, en ocasiones las expectativas de los otros hacia las personas y de éstas hacia sus seres queridos no concuerdan con las acciones o comentarios reales o interpretados. Esto hace que el individuo se sienta frustrado y sienta que sus necesidades no pueden ser satisfechas. Esta sesión es muy importante dado que muchas de las personas que padecen depresión tienen también conductas y comentarios que pueden llegar a provocar reacciones adversas en su medio, haciéndolo particularmente vulnerable a perder sus apoyos. La meta que se persigue es incrementar las habilidades de solución de problemas, así como las de comunicación con el fin de favorecer un sentido de diálogo y negociación a partir de mejorar las relaciones interpersonales existentes.

Material

- Escala de Hamilton
- Gráficas de monitoreo del humor
- Rotafolios en blanco, plumones
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Rotafolio con información

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. Qué pensaron en la semana, de qué les sirvió, de qué se dieron cuenta. Revisar tarea.



Preguntar de modo específico a la persona que tuvo que poner a prueba la estrategia de solución de problemas:

La semana pasada desarrollamos un plan para lidiar con... ¿Cómo te fue con esto?

¡Me gustaría escuchar todo al respecto paso a paso!

¿Qué podrías hacer diferente?

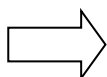
Preguntar acerca de la tarea de comunicación, sobre todo a aquellos cuya área de trabajo son conflictos interpersonales.

*¿De qué se dieron cuenta?***2. Análisis de la gráfica de humor**

La revisión de tarea y el análisis de la gráfica del humor están relacionados. ¿Cómo se relaciona tu humor y sus fluctuaciones con tus relaciones interpersonales?

**3. Análisis de la comunicación**

Previo consentimiento del participante. Usa su ejemplo para poder apoyarlo en analizar su conflicto interpersonal. Pide que te describa de forma detallada el conflicto. En caso de haber más de un participante, elige aquél que mejor pueda ser analizado.



Los principales problemas de comunicación que encontramos usualmente son

- *Comunicación indirecta o ambigua*
- *No entender la comunicación del otro*
- *Suponer que el otro entendió lo que fue dicho.*
- *Silencio que nulifica la posibilidad de comunicación.*

¿Encontró alguien algo de esto en su análisis de tarea?



Ahora hablemos de las expectativas...

Explora junto con el participante y el grupo:

Lo que cree que los otros esperan de ella:

¿Qué crees que esperaba de ti cuando dijo/hizo...?

Lo que ella espera de los otros.

¿Qué esperabas que hiciera/dijera/fuera...?

Pensemos en ambas expectativas...

¿Son expectativas recíprocas?

¿Son expectativas realistas?



Usualmente tenemos al menos tres tipos de necesidades:

Emocionales (un abrazo, compañía, compartir intereses, alguien que nos demuestre que nos quiere de alguna forma...)

De consejo (que te enseñen a hacer algo, que te digan qué hacer, que te aconsejen...)

Prácticas (que te presenten algo, que te ayuden a hacer algo...)

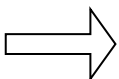
Pero UNA SOLA PERSONA es MUY DIFÍCIL que pueda satisfacer las tres necesidades, a veces las amigas son quienes satisfacen nuestras necesidades emocionales, el esposo nuestras necesidades prácticas y la mamá o un jefe las necesidades de consejo... puedes pensar en alguien que satisfaga cada una de estas?

Emocionales: _____

De consejo: _____

Prácticas: _____

En esta relación en la que estás teniendo conflictos, ¿Por qué no están pudiendo llegar a un acuerdo y sus necesidades no están satisfechas?

Posibilidades:

1. No comunica sus necesidades claramente
2. No comunica sus necesidades de forma que su grupo social pueda responder (sepa qué hacer)
3. Las personas en su grupo de apoyo no se comunican de forma clara con el paciente
4. Las personas en su grupo de apoyo no comunica sus necesidades de forma que su grupo social pueda responder (sepa qué hacer).

¿Qué estaba intentando decir?

¿Te sentiste entendida?



Parece que la mayor parte de las veces no nos entienden...

“En eso te vamos a ayudar, a que te puedas comunicar de manera más clara para que te puedan entender”

Nuevamente analicen juntos el incidente específico y explícalo desde la falta de comprensión
Usa al grupo para que de una lluvia de ideas de diferentes maneras de decir lo mismo.



4. Tarea

“Esta semana, analiza una o dos de tus conversaciones o disputas y contesta en tu cuaderno...”

Analizar...

- ¿Qué tipo de cosas te cuesta trabajo decirle a los demás?
- ¿Cómo respondes cuando se enojan contigo?
- ¿Te cuesta trabajo expresar enojo?
- ¿Qué haces cuando estás estresado?
- ¿Cómo expresas tus necesidades cuando estás agobiado?
- ¿Cómo respondes cuando te piden ayuda?
- ¿Qué tan bien crees que te entienden?

“Cuando tengas una conversación esta semana, piensa en la manera en la que dirías algo y luego detente a considerar si te pudieran estar entendiendo.

¿Lo podrías decir diferente?

¿Te acercaste cuando la persona estaba en su mejor momento?

¿Tú cómo te sentías?

Para aquellos del grupo de duelo, traer una foto o una prenda de la persona que se fue...

5. Qué me llevo?



6. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ miembros inferiores+ latidos del corazón+ sensaci+on global del cuerpo en reposo.

Sesión 10. Duelo

El objetivo de esta sesión es enfocar el trabajo principalmente en aquellos participantes que han vivido una pérdida o muerte de un ser querido y que este suceso se vincula con el inicio o incremento de la sintomatología depresiva. Las metas que se buscan son dos: lograr iniciar un proceso de duelo natural, en donde se reconozcan las emociones asociadas a la pérdida y se acepten, y en segundo lugar, iniciar una búsqueda de nuevas redes de apoyo que revivan el interés en nuevos recursos sociales. Para lograr lo anterior, el grupo será fundamental en acompañar y aceptar lo que surja durante la sesión. Muchas pérdidas se pueden llegar a revivir en esta sesión, incluso en los grupos no identificados como de duelo; sin embargo, será importante permitir, en la medida de lo posible permitir darle voz a aquellos que requieran trabajar su propio proceso.

Material

- Foto de la persona que se fue
- Escala de Hamilton
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Rotafolios, plumones

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. Qué pensaron en la semana, de qué les sirvió, de qué se dieron cuenta.



Revisa la tarea.

Qué sucedió en las situaciones en las que el participante intentó decir y hacer las cosas de modo diferente?

¿Lo podrías decir diferente?

¿Te acercaste cuando la persona estaba en su mejor momento?

¿Tú cómo te sentías?

2. Análisis de la gráfica de humor

La revisión de tarea y el análisis de la gráfica del humor están relacionados. ¿Cómo se relaciona tu humor y sus fluctuaciones con tus relaciones interpersonales?



3. Pequeña psicoeducación de duelo

Da una pequeña introducción al duelo que incluya las siguientes ideas

- ¡Cada pérdida es única!
- ¡No hay un proceso definido!
- Cuando es una pérdida es normal sentirse triste
- Hace más fácil compartirlo
- Suele suceder que se tienen muchas muertes
- Suele suceder que no se puede tener un proceso de duelo
- Suele suceder que no se tiene un ritual de despedida

4. Hablar de la muerte.

“Este trabajo puede ser muy difícil, y no es obligatorio que lo hagas; sin embargo, hacerlo te puede ayudar a sanar. Sanar no significa que hayas olvidado a tu persona. Tampoco significa que ahora estarás contento; significa que vas a poder tener un proceso de duelo con el apoyo del grupo y el mío y restablecer tu interés en nuevas relaciones para que ya no te sientas solo.”

Pide a las personas que traen la foto que la saquen, uno por uno, y con tiempo, dales un espacio para que piensen en él/ella.

Las siguientes preguntas te pueden ayudar a dirigir la conversación:

¿Cómo estaban las cosas con _____ cerca del tiempo de su muerte?

¿Cómo te enteraste de la muerte?

¿Cómo te sentiste cuando supiste de la muerte?

¿De qué murió?

¿Cómo murió?

Si fue una enfermedad... ¿Cuándo te enteraste de la enfermedad?

¿Cómo fue el funeral?

¿Cómo fue tu proceso de duelo en aquél entonces?

¿Qué tipo de apoyo recibiste en aquél entonces?

¿Qué te hubiera gustado de otros en aquél entonces?

¿Cómo era él/ella?

¿Qué era lo que más admirabas?

¿Qué hacían juntos?

¿Qué era lo que más disfrutabas?

¿Había algo que no te gustara o te molestara?

¿Hubo alguna vez algún problema?

¿Cómo ha cambiado tu vida desde entonces?

¿Cuáles son las cosas más difíciles que vives ahora que _____ no está aquí?

¿Qué has compartido con otros acerca de tu experiencia luego de la muerte de _____?

¿Qué tipo de apoyo estás recibiendo ahora?

¿Qué tipo de apoyo te gustaría recibir ahora?



5. Revisa al grupo, ¿Cómo se sienten los demás?

Intenta traer al grupo al presente, enfocándose en sus sentimientos actuales y enfatizando su capacidad de empatía.



6. Tarea

“Busca o contacta a alguien con quien puedas platicar de esta persona. Ya sea porque la conoció o porque te conoció a ti antes de que muriera o justo después. Date tiempo para platicar de forma sincera al respecto. “

“En caso de no haber nadie, revisa en el grupo si alguien de ellos estaría disponible para platicar al respecto entre sesiones, revisando, de ser posible, álbumes viejos.”

7. ¿Qué me llevo?



8. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ miembros inferiores+ latidos del corazón+ sensación global del cuerpo en reposo

Sesión 11. Preparación para el cierre

El objetivo de esta sesión integrar el trabajo que se ha logrado hasta ahora con el fin de facilitar el aprendizaje, conocimiento y reforzar los esfuerzos hechos hasta ahora para que los participantes puedan seguir avanzando en los ejercicios propuestos hasta ahora, así como en los vínculos generados tanto dentro como fuera del grupo. A demás, el trabajo se enfocará en poder reconocer los esfuerzos que han hecho los participantes del grupo y poder dar una retroalimentación a cada uno de ellos, tanto a partir de su trabajo y sus tareas, como a partir de la manera en la que se ha presentado y desenvuelto en el grupo. Esto con el fin de poder crear una mayor consciencia de la manera en la que se desenvuelve cada uno de los miembros del grupo dentro de un contexto social y la forma en la que sus acciones y su comunicación es interpretada en este medio.

Material

- Escala de Hamilton
- Listado de tareas por área de trabajo
- Gráficas de monitoreo de humor
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Calendario semanal de las sesiones
- Rotafolios, colores, plumones

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. Qué pensaron en la semana, de qué les sirvió, de qué se dieron cuenta. Revisar tarea.



Al revisar la tarea preguntar:

- ¿Hubo algo nuevo de lo que te acordaras?
- ¿Cuáles fueron las cosas buenas de las que te acordaste?
- ¿Cuáles fueron las cosas malas de las que te acordaste?

Si pudiste compartirlo con alguien de tu pasado o que lo haya conocido:

- ¿Cómo fue la reunión?
- ¿Qué disfrutaste de platicarlo?
- ¿Qué fue lo más difícil de platicarlo?

- ¿Lo volverías a hacer?
- ¿Qué más te gustaría hacer?



2. Análisis de la gráfica de humor

La revisión de tarea y el análisis de la gráfica del humor están relacionados. ¿Cómo se relaciona tu humor y sus fluctuaciones con tus relaciones interpersonales?



3. Integración de las áreas de trabajo.

Quisiera conocer los puntos más importantes que han logrado aprender y desarrollar a lo largo de las 10 semanas pasadas. Cómo ha sido para ustedes?

- ¿Qué les ha faltado trabajar?
- ¿Con que cambios en los demás y en ustedes se han encontrado?

En caso de que no haya mucha participación puedes revisar las tareas semana por semana. Puedes revisar el calendario de sesiones para hacer un repaso de cada una de ellas, permitiendo que los participantes revisen sus apuntes y sus notas al final de las sesiones.



Revisa tu listado de tareas y uno por uno revisa y da seguimiento a cada una de las tareas que han logrado hacer.

Revisa los obstáculos con los que se han encontrado para poder avanzar en el desarrollo de las actividades fuera del grupo.

¿Qué se les ha complicado principalmente? ¿Cómo puede esta barrera quitarse?



¡Usa al grupo!

4. Actividad, mis compañeros del grupo y yo

“A una semana del cierre del grupo. Esta actividad tiene que ver con poder conocer qué hemos logrado juntos y la importancia que han tenido para cada uno los compañeros del grupo.”

Puedes apoyarte en las siguientes preguntas:

● ● *¿Qué acciones, actitudes y respuestas te han sido particularmente útiles en estas sesiones grupales?*

● ● *¿Hacia quién tuve emociones muy fuertes en el grupo?*

- *Positivas*

- *Negativas*

Qué fue lo que lo provocó? (conductas, algo que dijo, actitud... específico!)

● ● *¿Cómo ha cambiado mi percepción del grupo y de cada uno de los miembros y del líder a lo largo del grupo?*

● ● *¿Qué quiero que se diga o yo decir antes de que acabe el grupo?*

● ● *¿Qué es lo que más valoro de los miembros, del líder y del grupo?*

● ● *¿Qué me estoy llevando de este grupo?*



5. Tarea

● ● *Qué le dirías a cada uno de los miembros del grupo?*

Cada quien ha de traer una retroalimentación para cada miembro del grupo, junto con un “consejo” de cómo puede mejorar sus relaciones...

6. Qué me llevo?



7. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ miembros inferiores+ latidos del corazón+ sensación global del cuerpo en reposo

Sesión 12. Terminación

El objetivo principal de esta sesión es abordar la terminación del proceso grupal. Los cierres terapéuticos usualmente evocan pérdidas y duelos pasados, por lo que es importante recalcar que este es una transición de rol, en donde pueden ya abandonar su rol enfermo. Se trabajarán en dos metas principales durante esta sesión: en primer lugar, en poder hablar de lo que el cierre del grupo significa para cada individuo, enfatizando las emociones que esto le despierta, la retroalimentación que pueda dar y recibir de los otros miembros del grupo y las metas y obstáculos a los que anticipa enfrentarse una vez fuera del grupo. En segundo lugar, será relevante hablar de la importancia de las sesiones de mantenimiento con el fin de evitar una recaída en el diagnóstico y solidificar las ganancias obtenidas durante los últimos cuatro meses.

Material

- Escala de Hamilton
- Cuaderno de seguimiento de sesiones
- Gráficas de humor
- Calendario semanal de las sesiones
- Rotafolios, plumones
- Inventarios

Actividades

1. Retroalimentación sesión pasada

Revisar en el grupo los puntos principales de la sesión pasada. Qué pensaron en la semana, de qué les sirvió, de qué se dieron cuenta. Revisar tarea.



Dar tiempo para la retroalimentación a cada miembros del grupo, cuidando que no se queden situaciones abiertas y que los consejos se entiendan como sugerencias desde una visión diferente a la propia para ser más flexibles

2. Análisis de la gráfica de humor

La revisión de tarea y el análisis de la gráfica del humor están relacionados. ¿Cómo se relaciona tu humor y sus fluctuaciones con tus relaciones interpersonales?



3. Evaluación individual Hamilton

Vuelvan a aplicar y calificar el inventario de depresión de Hamilton.

Discutir los resultados. En caso de no ser alentadores identificar las áreas a trabajar y el trabajo continuo que requerirá por medio de seguir algunas de las técnicas vistas en el proceso.



4. Trabajo de grupo

Evocar los sentimientos ligados al grupo y al fin de las sesiones.

Los siguientes puntos pueden ayudar a esto:

- Permite a los participantes que hablen de la pérdida la reconozcan y expresen, ya sea como enojo o tristeza
- Que el grupo comparta sus propias reacciones ante la tristeza a algunos miembros
- Valida la tristeza, y comparte tu propio sentido de pérdida

Es importante que al hablar del cierre cada uno de los miembros aborde los siguientes puntos. Estos ayudarán a poder valorar de manera general cómo se van los miembros del grupo y las áreas a revisar durante las sesiones de mantenimiento.

- En dónde estuve. En donde estoy.
- Barreras para mejorar
- Qué me llevo del grupo?
- Qué le dejo al grupo?



●● Será importante que recuerdes a los miembros la fecha de la sesión de mantenimiento y puedas explicarles la relevancia de esta. Es decir, lo importante que es que acudan para poder ver qué se les está complicando al estar allá afuera, cómo les ha estado yendo, y si realmente ya se puede hablar de una remisión de la depresión. También se ensayarán nuevas tareas y ejercicios y se valorará su estado anímico. Lo que anoten en su cuaderno durante estos meses puede servir para dar seguimiento a los logros y situaciones vividas durante estos meses.



“La siguiente sesión de mantenimiento va a ser el día _____ a las _____.
Les vamos a marcar una semana antes para recordarles y contar con su presencia. Es muy importante que asistan, incluso si ya se sienten bien.”

5. Trabajo con los objetivos personales

- *Discutir sus objetivos personales*
- *Identificar el impacto de la enfermedad en sus objetivos. Transformar los sentimientos de ruptura en un sentimiento de continuidad.*
- *Ayudar a la paciente a reencontrar sus proyectos antiguos o a hacer nuevos proyectos, a identificar y a explorar las cosas que son importantes para ellas.*
- *Qué barreras pueden existir para seguir adelante con los logros hasta el momento?*

6. ¿Qué me llevo de la experiencia?



7. Relajación

Respiración+ brazos+ cabeza y nuca+ miembros inferiores+ latidos del corazón+ sensación global del cuerpo en reposo

8. Tiempo de convivencia

Anexos del Manual

GUÍA GRUPAL/Reglas del grupo

1. Lo que se dice en el grupo se queda en el grupo.
2. No fumar, tomar o consumir sustancias intoxicantes antes/durante el tiempo del grupo
3. Se respetaran las diferencias y se honraran las similitudes.
4. El grupo iniciará y terminará a tiempo
5. Los miembros del grupo llegarán puntualmente y asistirán a todas las reuniones
6. Los miembros del grupo marcarán en caso de no poder asistir a una reunión
7. Escucharemos de modo cortés y cuidadoso a los demás, de modo que todos tengan una oportunidad para hablar
8. No monopolizaremos el tiempo de sesión
9. Está bien preguntarse los unos a los otros y está bien no contestar si no se siente cómodo haciéndolo
10. Seremos honestos en el grupo
11. No victimizaremos o culparemos ni a nosotros mismos ni a los otros
12. Puedes compartir tanto como quieras de tu experiencia personal
13. No habrá amenazas/lenguaje o conductas abusivas hacia otros en el grupo. No se tolerarán.
14. La confidencialidad se respetará de modo absoluto, excepto en casos que implique un riesgo hacia uno mismo o hacia otros
15. Si decides dejar de asistir antes de que acaben las _____ semanas, te pedimos que compartas tu decisión con el grupo y que tengas la oportunidad de despedirte.

Este grupo se reunirá los: _____

Comenzando a las _____ y terminando a las _____

Promotor de Salud mental

Teléfono

Gráfica del humor

Día	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Sábado		Domingo	
	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Mejor	10													
Escala diaria de humor	9													
	8													
	7													
	6													
	5													
	4													
	3													
2														
Peor	1													
Horas de sueño														
Relajación														
Comentarios: actividades, situaciones, eventos, medicamentos...														

Detectar a una persona con depresión**Humor deprimido**

- ¿Cómo se ha sentido en las últimas dos semanas?
- ¿Se ha sentido triste? ¿Decaída? ¿Deprimida?
- ¿Ha estado llorando?
- ¿Estos sentimientos duran la mayor parte del día?
- ¿Desde hace cuánto se siente así?

Interés o placer disminuido

- ¿Has perdido interés o placer en las cosas que le eran importantes?
- ¿Esta pérdida de interés te ha acompañado la mayor parte del tiempo, todos los días?

Pérdida o aumento de peso

- ¿Has tenido poca hambre?
- ¿Has perdido peso? ¿Cuánto? En cuánto tiempo?
- ¿Has estado haciendo dieta?
- ¿Has ganado peso? ¿Cuánto? En cuánto tiempo?
- ¿Ha subido o bajado tu hambre en las últimas dos semanas?

Insomnia o hipersonmia

- ¿Has tenido problemas para dormir?
- ¿Has tenido que tomar algún medicamento para poder dormir?
- ¿Has estado despertando en la noche sintiendo que te tienes que levantar de la cama?
- ¿Te has estado despertando muy temprano en la madrugada?
- ¿Has estado durmiendo más de lo que acostumbrabas?

Agitación o enlentecimiento psicomotor

- ¿Te has sentido inquieta?
- ¿No dejas de moverte?
- ¿Te sientes enlentecida?
- ¿Se ha dado cuenta otras personas?

Fatiga, falta de energía

- ¿Estas cansada todo el día, todos los días?
- ¿Has perdido tu energía usual?
- ¿Pasas mucho tiempo en cama?
- ¿Te cansas fácilmente?

Sentimientos de minusvalía o culpa

- ¿Sientes que eres una persona mala o que no vale?
- ¿Te culpas de cosas que has hecho?
- ¿Has estado pensando que eres una persona mala o que no vale la pena?
- ¿Sientes que has decepcionado a tus amigos o familia?
- ¿Sientes que tienes la culpa de tus sentimientos?

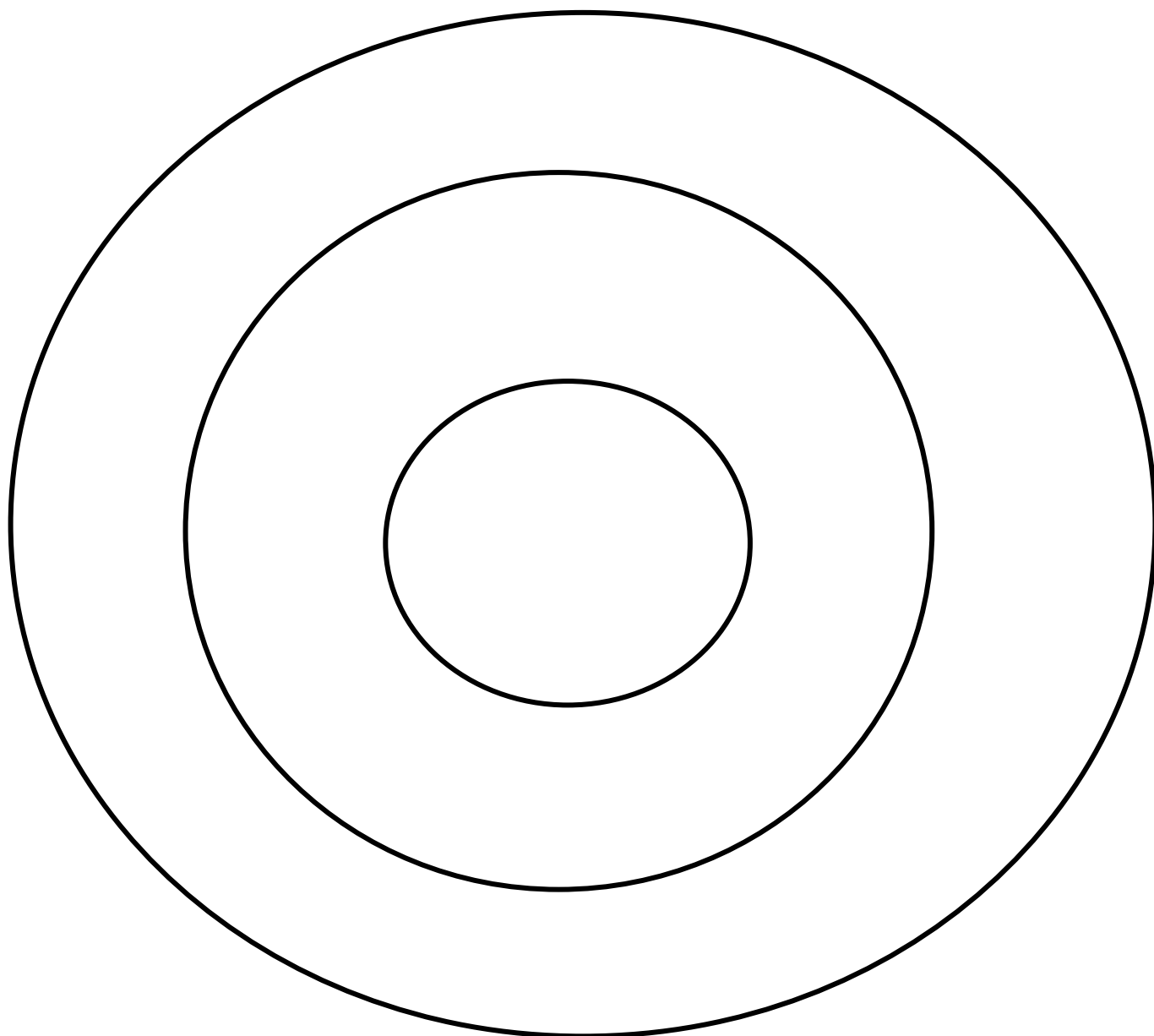
Habilidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones

- ¿Tienes problemas para pensar o concentrarte?
- ¿Te cuesta trabajo tomar decisiones?

Pensamientos de muerte o intentos de suicidio

- ¿Piensas en la muerte?
- ¿Has deseado estar muerto?
- ¿Has tenido pensamientos acerca de quitarte la vida?
- ¿Has planeado quitarte la vida?
- ¿Has hecho algún intento para quitarte la vida? Cuando y de qué manera?

Círculo Interpersonal



Inventario Interpersonal**Paciente:** _____ **Código:** _____**Entrevistador:** _____ **Fecha:** _____

¿Cuándo comenzaron tus síntomas? Mes : _____ año: _____

Es la primera vez en tu vida que has estado deprimida? S _____ N _____

Si no, ¿Cuántas veces han sido? _____

Cuándo fue la primera vez? Mes : _____ año: _____

Cuándo fue la última vez? Mes : _____ año: _____

Piensa en lo que estaba sucediendo cuando empezaste a sentirte deprimida esta vez.**¿Quiénes son las personas importantes para ti estos días? Dime de tus relaciones con ellos**

¿Murió alguien importante para ti? S _____ N _____

¿Fue el aniversario de la muerte de alguien? S _____ N _____

¿Estuviste pensando acerca de alguien que murió? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas en casa con tu esposo/a o pareja? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas con tus hijos? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas con tus padres? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas con tus hermanos? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas con tu familia política? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas en el trabajo? S _____ N _____

¿Empezaste un nuevo trabajo? S _____ N _____

¿Perdiste tu trabajo? S _____ N _____

¿Te promovieron? S _____ N _____

¿Te retiraste? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas con amigos? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas con vecinos? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas con otros? S _____ N _____

¿Había más problemas que antes con alguien que te importa? S _____ N _____

¿Estabas teniendo problemas en tu matrimonio? S _____ N _____

¿Estabas a la mitad de un divorcio S _____ N _____

¿Tus hijos abandonaron la casa? S _____ N _____

¿Tú te saliste de tu casa? S _____ N _____

¿Alguien se mudó contigo? S _____ N _____

¿Hubo alguna enfermedad importante en tu familia? S _____ N _____

¿Te enfermaste tú? ¿Te diagnosticaron? S _____ N _____

¿Te has sentido solo? S _____ N _____

¿Has estado aburrido? S _____ N _____

¿Ha habido cambios importantes en tu vida? S _____ N _____

Referencias Manual

- Cayrou S., Viala A. L., Desclaux B., Saltel P., Dickes P., Dolbeault S. (2005). Groupes psycho-éducatifs pour femmes atteintes de cancer du sein en France: Themes et techniques. *JTCC*, 15(1), 15–21.
- Klerman G. W., Weissman M. M., Rounsaville B. J. (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books
- Stuart, S. & Robertson, M. (2012). *Interpersonal psychotherapy a clinician's guide*. 2da ed. Londres, U. K.: Hodder Arnold
- Weissman, M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Oxford University Press.

ANEXO G

Consentimiento informado promotoras de salud

YO _____

(Nombre del participante o de su representante legal)

declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en esta investigación cuyo objetivo, procedimientos, beneficios, y riesgos se especifican en el Apartado A de este documento.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación.

Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se me proporcione, se vea afectada por este hecho.

Se me ha informado que el participar en este estudio no repercutirá y que toda la información que se otorgue sobre mi (su) identidad y participación será confidencial, excepto cuando yo lo autorice.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto al investigador que me informó y dos testigos, conservando una copia de a) Consentimiento informado y b) Información proporcionada para obtener mi autorización.

Objetivos:

La presente investigación busca conocer las motivaciones y vías de inserción al trabajo voluntario de los promotores comunitarios de salud comunitarios así como el impacto que éste rol juega en su vida.

Procedimientos

La entrevista grupal se realizará a lo largo de una sesión de 120 minutos aproximadamente donde pediremos su opinión honesta cerca de su experiencia durante las sesiones de orientación interpersonal.

Confidencialidad

La entrevista será grabada; sin embargo, la grabación será guardada de forma que se cuide el anonimato de los participantes, por lo tanto, se le pedirá que utilice únicamente su nombre de pila sin apellidos. El uso del material se limitará a fines de investigación y sólo será manejado por las personas que son parte de esta.

Se le asignará un código durante la transcripción de la entrevista para proteger su identidad. La información se resguardará en archivos seguros.

Beneficios

1. Por medio de su participación, está ayudando a la mejor comprensión de las características de los voluntarios, así como promoviendo su continua mejora.

Riesgos:

1. Cuando esté usted en la entrevista, puede ser que alguna de las preguntas le parezca incómoda, toque temas sensibles o parezca cuestionable.
2. Se le pedirá que revele información confidencial de sí mismo.
3. Puede sentir que sus respuestas no son adecuadas o no son las correctas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Le pedimos que conteste las preguntas de la manera más honesta posible. No existirán repercusiones personales o institucionales con base en su respuesta.

PARTICIPANTE:

NOMBRE FIRMA

INVESTIGADOR:

NOMBRE FIRMA

México D.F. a _____ de _____ de _____.

Anexo H**Guía de tópicos entrevista Promotores comunitarios de salud
Entrevista focal****Datos demográficos de cada participante**

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Sexo: M F

Estado civil: ___ Soltero ___ Comprometido ___ Casado ___ Separado ___ Viudo
___ Divorciado ___ ¿Convive con alguien? ___ Vuelto a casar: ___

Usted vive en: ___ Casa ___ Departamento ___ Otro(Especifique) _____

¿Con quién vive? ___ solo ___ padres ___ conyugue ___ Amigo(a) ___ Hijos ___ Otros
(especifique)**Motivaciones e impacto esperado**

¿Cómo se enteró del programa de promotores comunitarios?

¿Qué te motiva a ser un promotor de salud?

¿Has tenido la oportunidad de ser voluntario previamente?

¿Cuál ha sido el impacto que ha tenido en tu vida el ser un promotor de salud?

¿Qué impacto esperarías tener?

Inserción en el rol de facilitador

¿Cómo entraste a ser un promotor de salud?

¿Cuáles fueron algunas de las principales barreras a las que te has enfrentado?

Anexo I**Entrevista de entrada/diagnóstica Proyecto Modelo Interpersonal Comunitario para depresión****Universidad Iberoamericana****Casa Meneses****Investigadora principal:** Mtra. Karla Chávez Mendoza**Tutor:** Dr. Antonio Tena Suck

Fecha: _____

Nombre: _____ Cod. _____

Dirección:

Teléfonos Casa: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ Correo _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Sexo: M
F

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____

Estatura: _____ Peso: _____ ¿Fluctúa su peso? ____ Si ____ No
¿Cuánto? _____**Referencia (Familiar responsable):**
_____**Teléfono:**
_____**Dirección**
_____**Relación**
_____**Estado civil:** ____ Soltero ____ Comprometido ____ Casado ____ Separado ____ Viudo

____ Divorciado ____ ¿Convive con alguien? Vuelto a casar: ____ ¿Cuántas veces?:

Usted vive en: ____ Casa ____ Departamento ____ Otro (Especifique) _____¿Con quién vive? ____ solo ____ padres ____ conyugue ____ Amigo(a) ____ Hijos ____ Otros
(especifique)

¿Tiene un médico familiar, o que por alguna razón especial le atiende? ____ Si ____ No

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____

¿Por quién fue usted referido? _____

¿Se encuentra en este momento en terapia? ____ Si ____ No En dónde?

¿Ha estado en terapia, o ha buscado ayuda profesional por sus problemas? ____ Si ____ No

¿Ha estado hospitalizado por problemas psicológicos o psiquiátricos? ____ Si ____ No

(Si lo ha estado, indique dónde, cuándo y por qué?)

¿Ha intentado suicidarse alguna vez? ___Si ___No

¿Y algún familiar? ___Si ___No

¿Padece alguien de su familia de problemas “emocionales” o “mentales”? ___Si ___No

¿Quién

¿Sabe usted cuál?

Síntomas de depresión DSM- 5

¿Has tenido alguno de estos cambios en las últimas dos semanas?	afirmativo
Humor deprimido, casi todos los días. Te sientes triste, desesperanzada, vacía. Lloras fácil? ¿O alguien te ha dicho que te ves así?	
Has tenido –marcadamente- menos interés o gusto en todas o casi todas las actividades que haces y que disfrutabas?	
Has cambiado de peso? Bajado o subido en las últimas semanas o has tenido marcadamente más o menos hambre?	
Has sentido más o menos sueño casi todos los días? Te cuesta trabajo dormir o duermes más?	
Te han dicho que te mueves más lento o que estás muy agitada particularmente estas últimas dos semanas?	
Te sientes cansado o sin energía casi todo el día?	
Sientes que no vales nada o te has sentido como un fracaso?	
Sientes que has decepcionado a alguien? Has sentido culpa?	
Te cuesta trabajo concentrarte o estás muy indeciso?	
Has tenido pensamientos de muerte? Has planeado o pensado en tu propia muerte?	
Has estado tomando algún nuevo medicamento o droga?	
Sabes si tienes problemas de tiroides o alguna enfermedad diagnosticada?	
¿Al menos 5?	
Ha habido alguna muerte o sucedió algo que creas que lo inició?	

¿Toma alguna droga? Sí _____ No _____

	Nunca	Rara vez	En ocasiones	Frecuentemente	Diario
Tranquilizantes					
Diuréticos					
Pastillas de dieta					
Marihuana					
Hormonas					
Pastillas para dormir					
Aspirina					
Cocaína					
Pastillas para el dolor					
Narcóticos					
Estimulantes					
Alucinógenos					
Laxantes					
Tabaco (especifique)					
Café					
Alcohol					
Pastillas anticonceptivas					
Vitaminas					

Anexo J

Consentimiento informado participantes

Consentimiento informado proyecto Modelo Interpersonal Comunitario para depresión

Universidad Iberoamericana

Casa Meneses

Investigadora principal: Mtra. Karla Chávez Mendoza

Tutor: Dr. Antonio Tena Suck

¡Bienvenido! Por favor, lea este documento de forma cuidadosa. Se requiere su firma para la participación en el grupo de Orientación Interpersonal para Depresión. Si quiere una copia de este documento, no dude en pedírnosla.

Este es un proyecto de Orientación grupal para depresión, **su participación consiste** en asistir a 12 sesiones de Orientación interpersonal de 90 minutos de duración y dos sesiones más de mantenimiento a los tres y seis meses de haber concluido el tratamiento. El **objetivo de este proyecto** es evaluar la viabilidad del modelo interpersonal para depresión en la comunidad del Pueblo de Santa Fe. Por lo anterior le aplicaremos unos cuestionarios al inicio del proyecto, al final y en ambas sesiones de mantenimiento, esto con el fin de poder monitorear la efectividad de la orientación. Las sesiones se grabarán con fines de únicamente de supervisión y mejora de los servicios de orientación psicológica. Adicionalmente, el promotor de salud mental podrá compartir información con la supervisora con el objetivo de planear tratamiento, diagnóstico o monitorear su avance, esto con el fin de asegurarnos de que esté recibiendo la mejor atención dentro de los servicios de psicología de Casa Meneses. Para poder asegurar su **confidencialidad** se le asignará un código numérico. Toda la información de los cuestionarios, así como las grabaciones se guardarán en archivos bajo llave durante un periodo de 7 años. La información de identificación se borrará de los inventarios apenas termine su participación. Al final del proyecto le compartiremos sus resultados de los cuestionario, así como una retroalimentación de tu salud emocional.

Durante el periodo de sesiones, los límites de confidencialidad de un grupo están sujetos a la corresponsabilidad de los participantes, de este modo, aunque se exhorta a proteger la información compartida dentro del grupo de intervención, no podemos asegurar el respeto a la confidencialidad por parte de todos los miembros.

Algunos límites de confidencialidad agregados incluyen:

1. Si se considera que usted pudiera ser un riesgo para usted mismo o para alguien más (mostrando intento ideación suicida u homicida) para mantenerlo a usted y a otros seguros.
2. Si se considerara la necesidad de hospitalización
3. Si se considerara la necesidad de referirse a un promotor o profesional de salud mental, con el fin de dar un seguimiento a su proceso de atención.
4. Al final del proyecto, compartiremos los resultados generales con otros grupos comunitarios y científicos a modo de publicaciones o conferencias; sin embargo, se omitirán datos personales que pudieran identificarte de modo personal.

Algunos posibles **riesgos** de su participación con respecto a los cuestionarios son:

1. Que al estar llenando los inventarios se encuentre con preguntas que le parezcan inquietantes, entristecedoras o molestas. Por ejemplo, podría ser que una pregunta le haga pensar en carencias o en momentos que ha vivido que le generen tristeza.
2. Puede percibir que ha contestado el inventario de modo equivocado. No hay respuestas buenas o malas. sin embargo, le pedimos su honestidad para contestar el inventario de la manera más espontánea.
3. Se le pedirá que de información confidencial de sí mismo.

Algunos posibles riesgos que pudiera encontrar en el periodo de sesiones son:

1. Inherente a todos los procesos grupales, los límites de confidencialidad se encuentran limitados a la corresponsabilidad de sus miembros.
2. Es muy posible que durante las sesiones se toquen temas que encuentre personalmente perturbadores, inquietantes o molestos. Entienda que esto es parte del proceso y usted podrá contar con el apoyo de la promotora de salud mental acerca de cualquier molestia que tenga en este sentido, o ponerse en contacto en el teléfono que le proporcionaremos para solicitar un espacio de soporte emocional para estos momentos. Asimismo, si encontrara que el proceso es muy difícil para usted en el momento, o prefiere no participar de modo activo en algunos momentos, tiene el derecho a no hacerlo.
3. Es normal que algunas personas encuentren que algunos modelos de atención psicológica no le son efectivos o podría no sentir una mejoría notoria. Se le invita a hablar con su promotora de salud mental para encontrar qué podría funcionarle y poderle ofrecer alternativas de atención, entendiendo que esto pudiera significar salirse del grupo.

Algunos posibles **beneficios** de su participación en este proyecto son:

1. La orientación psicológica pretende influir en sus relaciones de modo positivo, llevar a un crecimiento personal, mejorar su estado emocional, su sentimiento de autoeficacia, incrementar su auto-entendimiento, su apreciación de la vida e incrementar su productividad y sus habilidades, así como su capacidad de enfrentamiento al estrés diario.
2. Usted tendrá un grupo y una promotora de salud que le estarán dando seguimiento semanalmente de modo que estaremos monitoreando su proceso.
3. Cuando haya concluido su participación, se le podrán compartir sus resultados acerca de variaciones en su estado emocional, lo que le permitirá conocer más de sí mismo.
4. Dado que el objetivo es evaluar la viabilidad del modelo de atención en la comunidad de Santa Fe, usted tendrá la oportunidad de contribuir con su comunidad al participar en este proyecto.

Toda participación es **voluntaria**, y tiene el derecho de salirse en cualquier momento sin perjuicios si no estuviera de acuerdo con el proyecto. Tiene derecho a hacer preguntas y a recibir una explicación durante y luego de su participación. Si surgieran dudas o necesidad de un soporte emocional adicional con respecto al proyecto, al grupo de orientación interpersonal o a los cuestionarios no dude en ponerse en contacto:

Mtra. Karla Chávez Mendoza

Teléfono: 04455-4142-0773

comunidadsindepresion@gmail.com

He leído el consentimiento informado y estoy de acuerdo con participar en el grupo de Orientación Interpersonal.

Fecha: _____

Nombre y Firma participante

Nombre y firma investigador principal o asociado

Anexo K

Consentimiento informado promotores comunitarios del grupo de Orientación

Interpersonal Grupal

Proyecto Modelo Interpersonal Comunitario para depresión

Universidad Iberoamericana

Casa Meneses

Investigadora principal: Mtra. Karla Chávez Mendoza

Tutor: Dr. Antonio Tena Suck

Consentimiento informado para promotoras de salud mental comunitaria

Este es un proyecto de Orientación grupal para depresión, **tu participación es muy importante, ya que consiste** en impartir 12 sesiones de Orientación interpersonal de 90 minutos de duración en Casa Meneses a personas que padecen depresión. El **objetivo de este proyecto** es evaluar la posibilidad de utilizar el modelo interpersonal para depresión en la comunidad del Pueblo de Santa Fe impartido por promotores comunitarios de salud mental con entrenamiento y supervisión. Por lo anterior les aplicaremos unos cuestionarios a los participantes para poder monitorear su progreso a lo largo de los cuatro meses. Al mismo tiempo, las sesiones se grabarán con fines de únicamente de supervisión y acompañamiento a los promotores comunitarios para apoyarlos a mejorar de los servicios de orientación interpersonal y apoyarlos en apegarse al modelo original. Adicionalmente, se espera que el promotor de salud mental se reúna con la investigadora principal (Mtra. Karla Chávez Mendoza) una vez por semana para compartir información, dudas, cuestiones particulares de algunos participantes una vez por semana. Asimismo, esta supervisión tendrá el objetivo de apoyarte a planear el tratamiento, diagnóstico o monitorear su avance, esto con el fin de asegurarnos de que te sientas acompañada y continúes tu capacitación durante las 16 semanas de intervención. La información personal que compartas durante esta supervisión será confidencial. Dado que nuestro objetivo es mantenerte seguro, la única excepción a esto es en el caso de que tu seguridad o la de alguien más se considerara en riesgo.

Para poder asegurar la **confidencialidad** de los participantes, se le asignara un código numérico. Toda la información de los cuestionarios, así como las grabaciones se guardarán en archivos bajo llave durante un periodo de 7 años. La información de identificación se borrará de los inventarios apenas termine su participación. Por tu parte, puedes platicar de este proyecto y tu rol como promotora de salud mental comunitaria con quien tú quieras; sin embargo, te pedimos nos ayudes a respetar la confidencialidad de los participantes al no hacer comentarios acerca de lo que sucede en el grupo con personas fuera de éste o compartir los nombres de las personas que asisten al grupo. Asimismo, te pedimos que nos ayudes a reforzar esta idea en los miembros del grupo de modo que pueda existir un espacio seguro para expresar de modo abierto sus emociones, sentimientos e historias de vida.

Al final de la participación, compartiremos los resultados generales sean con otros grupos comunitarios y científicos a modo de publicaciones o conferencias; sin embargo, no se publicará información que pudiera identificarte.

El único **riesgo** identificado de tu participación como promotora de salud mental es:

4. Es muy posible que durante las sesiones se toquen temas que encuentre personalmente perturbadores, inquietantes o molestos. Entiende que esto es parte del proceso y podrás contar con el apoyo de la supervisora acerca de cualquier molestia que tenga en este sentido, o ponerse en contacto en el teléfono que le proporcionaremos para solicitar un espacio de soporte emocional adicional para estos momentos.

Algunos **beneficios** que se han identificado en proyectos previos de promotoría son:

5. La orientación psicológica pretende influir en tus relaciones de modo positivo, llevar a un crecimiento personal, mejorar tu estado emocional, tu sentimiento de autoeficacia, incrementar tu auto-entendimiento, tu apreciación de la vida e incrementar tu productividad y tus habilidades, así como su capacidad de enfrentamiento al estrés diario. Siendo parte de este grupo, es probable que también obtengas los mismos beneficios que los participantes del grupo.
6. Aprenderás de modo sólido acerca de un modelo de orientación para apoyar con personas para depresión.
7. Contarás con una supervisión semanal que te estará dando seguimiento continuamente de modo que estaremos monitoreando tu proceso de crecimiento personal así como promotora.
8. Cuando haya concluido tu participación, te podremos compartir los resultados acerca de variaciones en el estado emocional de los participantes.
9. Dado que el objetivo es evaluar la viabilidad del modelo de atención para personas que padecen depresión en la comunidad de Santa Fe por medio de promotores comunitarios comunitarios, tu participación es clave. Creemos que con base en esto podremos conocer diferentes maneras de apoyar a las personas que padecen depresión y así contribuir con tu comunidad para atender a las necesidades que presenta.

Tu participación en el proyecto es voluntaria, y es importante que pudieras comprometerte a ser parte de este proyecto hasta que termine para que los participantes puedan tenerte confianza y les puedas dar seguimiento. Sin embargo, dado que estás aquí de forma **voluntaria y altruista** tienes el derecho de retirarte si así lo deseas o si no estuvieras a favor del proyecto. De ser así, te pedimos, por consideración a tus compañeros y al impacto que tu ausencia generaría en ellos y en el proyecto, que le avises a Mtra. Karla Chávez Mendoza con al menos **3 semanas** de anticipación, de modo que puedan apoyar al grupo a procesar y prepararse para tu ausencia, así como buscar a alguien que continúe con tu labor. En caso de decidir renunciar, no tendrás penalizaciones ni por parte de Casa Meneses en su oferta de servicios ni por parte de la Universidad Iberoamericana o la investigadora principal.

Durante todo el proyecto, tienes derecho a hacer preguntas y a recibir una explicación durante y luego de tu participación. Si surgieran dudas o necesidad de un soporte emocional adicional con respecto al proyecto, al grupo de orientación interpersonal o a los casos que estás apoyando no dudes en ponerte en contacto:

Mtra. Karla Chávez Mendoza

Teléfono: 04455-4142-0773

comunidadesindepresion@gmail.com

He leído el consentimiento informado y estoy de acuerdo con participar como promotor(a) de salud mental comunitaria en el grupo de Orientación Interpersonal.

Fecha: _____

Nombre y Firma participante

Nombre y firma investigador principal o asociado

Anexo L

Proceso de cambio por participante

Ivonne

Acción.

En la quinta sesión, Ivonne se presentó de modo general como alguien más dispuesta a pasar tiempo con su familia de modo activo y con esto modificar su imagen a una de mayor autonomía de su medio y de sí misma. Como lo proponen los autores (Alves et al., 2012; Golgalves, et al., 2010), los MI de acción surgen a partir de una protesta al problema y llevan a su vez a la reflexión. Un ejemplo de un MI de acción para Ivonne fue durante Semana Santa “Hacia rato que no salía (...) y fuimos a comprar un helado e hicimos (...) romeritos”

Reflexión.

Ivonne presentó significativamente más MI de reflexión tanto en número de apariciones, duración y saliencia, sobre todo a partir de las primeras cinco sesiones en las que evidencio pensar diferente al discurso problemático (Santos, Golgalves, & Matos, 2011). El contenido de sus reflexiones revelaron diferentes características, principalmente el entendimiento de su depresión y sus disparadores, las consecuencias que el mantenimiento de esta depresión había tenido en sí misma y en su relación con los otros, principalmente en su núcleo familiar, y los incidentes que mantenían su depresión.

Reflexión crear distancia.

Durante el proceso del grupo, Ivonne logró romper con la manera habitual en la que entendía su situación y su depresión. Para esto, una de las estrategias utilizadas en el grupo: el monitoreo de estados de ánimo, fue auxiliar en este proceso, como ella comentó en la segunda sesión “lo que yo descubrí es que al estar escribiendo pude ser más honesta cuando uno solo piensa o está manejando en su cabeza una situación o problema.” Más adelante, en la cuarta sesión que se identificó el área de trabajo a partir de los disparadores interpersonales de la depresión ayudó a Ivonne a identificar el origen de su situación problemática, creando distancia

tanto de la depresión como situación de vida “yo honestamente traigo una maraña de situación en el sentido de que... pues en este momento lo que...por ejemplo, en las preguntas de ‘¿qué detonó?’, pues lo que detonó es que algo que ya traía así de grande pero que lo hizo así, fueron unos diagnósticos que me dieron, y que a mí me hicieron sentir por primera vez en mi vida, vieja.” El identificarse como “vieja,” y el impacto de la enfermedad física en ella, que disparó su depresión, le llevó a conductas pasivas y a un aislamiento social, consistente con la propuesta de Coyne (1976; 1992).

Sin embargo, el entendimiento desde esta nueva narrativa tuvo la función de poder vincularse con otros desde el sentimiento de enfermedad y aislamiento, como refirió en la séptima sesión “(...) y ella (mi vecina) me dijo, yo también he estado triste yo también me he alejado de personas y que de esto y que lo otro, y ya después de que yo le platicué así. Sentí que me abrí. Fui muy honesta creo yo. Ella también me comentó cosas, que se ha sentido enferma, que también se ha alejado de personas (...). Pero yo lo que me di cuenta es que este... pues ella también está sol- bueno, no es que estemos solas, es que nos sentimos solas. Y yo sentí que ella también se siente sola.”

Otro momento clave de reflexión en su proceso fue durante la séptima sesión, en donde Ivonne entendió su problema desde una posición de ensimismamiento, dándole espacio para reformular el problema que estaba teniendo con su hija (disputas interpersonales)

(...) toda esa situación mía se la estoy poniendo a mí hija y a lo mejor yo, ¡yo me angustio gratis! (...) Bueno tú te has puesto a preguntarte, o sea tú... mi soledad, mi angustia mi frustración mis decisiones que he tomado, de alguna manera lo he reflejado con mi niña ¡porque mi niña no es como yo quiero que sea! (...). Y yo por ejemplo me acordé de esto de no... o sea de no estar tanto sobre el otro, así como tampoco estar solo en mí: solo yo solo yo. No. Y tampoco solo aquél solo aquel. Y pues sí entonces, pues... así es. Y desafortunadamente no es el comportamiento que yo he tenido.

Esta nueva manera de pensar, que difiere de su narrativa problemática le permitió tomar responsabilidad de la conducta de su hija y la dinámica interpersonal rígida que había gobernado su interacción, así como poder ver las características positivas de su hija “Le digo, sí, el problema que tenemos nosotros es que no te hemos puesto límites (...) yo diría son situaciones que se van dando porque ella es temperamental, porque yo no sé hacer las cosas bien, porque es un estira y afloje, porque así como es tremenda y así, tiene mil cosas buenas también (...) en realidad tiene

mil cualidades, mil... sí? O sea ¡es una hermosa niña! Que no nos entendamos ella y yo en particular es una cosa, pero de que ella es una mala niña... No.”

Durante la novena sesión, el enfoque de las sesiones estuvo dirigido a enfocar en lo positivo, o bajo una visión optimista, que caracteriza a los MI (Ribeiro & Gonçalves, 2011) “Y mi consuelo era bueno estoy en mi casa y mis hijos son buenos estudiantes, mis hijos están sanos, y bueno y mis hijos tienen lo que yo no tuve, lo que yo manifesté en la otra sesión,” el deseo de resolver el problema “Bueno porque a pesar de todas esas situaciones y todos esos problemas que cada quien trae, ¿no? O sea el amor está, el amor está, ¿no? O sea estamos juntos, o sea queremos, queremos estar, o sea no nada más nos estamos juntos a fuerza, ¡queremos estar juntos!” y bajo un discurso de autoeficacia con intención de resolver el problema (Golgaves, et al, 2011), en este caso, las disputas interpersonales (“Pues porque tengo esperanzas pues, o sea no... ehh... son yo pienso mucho que es la edad. O sea que pienso mucho que es un adolescente y también a lo mejor me justifico en el sentido de que ella es adolescente y yo estoy en pleno climaterio. Entonces digo: bueno, las cosas van a ser mejor. ¿Por qué? ¡Porque ella va a dejar de ser adolescente y yo voy a salir de la etapa de climaterio!”).

En el caso de Ivonne, durante el grupo ella trabajó también el duelo por la desaparición de su hermano. Su proceso de reflexión le permitió tener un sentimiento de bienestar, basado en su propia percepción de valía, como lo propone Golgaves y colegas (2011). Es decir, Ivonne pudo mantener un discurso novedoso acerca de la forma de entender la pérdida de su hermano y la manera en la que ella había vivido la pérdida

A mí me dio mucho consuelo, aquél día que él (mi hermano) necesitó desahogarse estuve yo, y se desahogó. Y no le hice ningún reclamo, yo escuché y escuché, gracias Dios porque me permitiste escucharlo sin ofender, sin contradecirlo, sin nada. Gracias Dios porque me permitiste bailar con mi hermano. (...) Y digo, gracias Dios porque estuvimos, bailamos, disfrutamos, o sea, mi hermano... gracias Dios que le permitiste que me hablara, y que me despidiera de él para que yo decirle que Dios te bendiga, cuídate mucho, que él me dijera gorda te quiero, pásensela bien, (...) Dios me permitió de alguna manera despedirme...

Por último, el proceso del grupo abrió la posibilidad de que Ivonne concibiera la vida, de modo general, desde una perspectiva más adaptativa. Este MI fue evidentemente inconsistente con la manera problemática previa, característica del episodio depresivo, es decir, basada en sentimientos de indefensión y desesperanza (Joiner, Wingate, & Otamendi, 2005). Para

ejemplificar, en la décima sesión, luego de un evento desafortunado súbito para otro de los miembros del grupo, Ivonne comentó

Yo lo que pensaba es que estamos aquí buscando un mejor camino, ¿no? Buscando algo mejor. Buscando salir del hoyo en el que nos sentimos y desgraciada y afortunadamente pues la vida sigue, y con la vida sigue todo. O sea sigue todo lo bueno, pero también sigue todo lo malo, o sea, desgraciadamente a veces uno dice “cómo es posible que yo que le echo ganas me pase tantas cosas eso, ¿no? Entonces... pues no sé, este yo lo que pensaba fue, pues seguir echando, o sea, trabajar, echarle ganas a la vida a todas las situaciones y pues pedirle a Dios que lo que nos mande que lo que nos falta pues que nos de fuerza, para no caer nos (...). Pero también pasan las buenas, ¿no?(...) No es que de aquí en lugar de que salgamos mejor salgamos peor, no no, ¡es que así es la vida!

Reflexión centrada en el cambio.

A diferencia de la pasada, la reflexión centrada en el cambio, en el caso de Ivonne, se enfocó en hacer un análisis de los cambios que había estado experimentando en su vida diaria fuera del grupo y a raíz del mismo. En la tercera sesión, ella ya refería comenzar a sentirse mejor; sin embargo, no fue sino hasta la quinta reunión cuando ella subrayó algunas de las estrategias que estaba utilizando que le facilitaron retar al modo anterior de comportamiento caracterizado por pasividad.

Me eché perfumito, así que me cayera y dije “no, yo bien.” Y la verdad sí me sirvió porque íbamos en el camino y yo me sentía de malas y con... echándome porras todavía pero en carretera alcanzamos a ver los volcanes y ¡mira...! Y así como que dije “ah no, ¡qué bonito!” (...). En fin y la verdad es que la pasé muy bien. Me divertí mucho, (...) y, o sea la verdad es que nos tomamos fotos, nos tomamos video y ya los veo y me veía muy contenta, y yo me sentía muy contenta. (...) y me gustó como me veía (...) y la verdad me fue muy muy bien, muy bien. Y además me desahugué porque me emocioné. ¡Me permití gritar!, ¡me permití reír!

En esta afirmación, Ivonne se empieza a describir con la capacidad de actuar para tener un cierto control de sus emociones a partir de estrategias como activación conductual, que es parte del proceso de la terapia interpersonal. De modo más específico en el modelo TIP: en las relaciones, Ivonne identifica la herramienta de las redes interpersonales como medio para bienestar personal y apoyo ante las circunstancias adversas de vida y habla de ello en la décima

sesión “Pues hay que tomar herramientas para poder vivir mejor, para ser mejor para la gente que amamos, que a fin de cuentas es la que nos va a sostener, para que cuando lleguen esas cosas que estemos de pie, y si nos caemos siempre habrá alguien que nos levante o que nos ayude a levantarnos.”

Protesta.

Como se observó en la figura 3 en el apartado II.3.2. (MI por participante), Ivonne presentó el número de MI protesta más alto que el resto de los participantes, al tiempo que este fue el MI más relevante en su proceso de intervención en las 13 sesiones, sobretodo en la novena sesión. Los MI de protesta integran los MI de reflexión y acción que están encaminados a criticar la versión de sí misma que ha mantenido el problema. Como menciona Gonçalves (2012), los MI de problema se presentan usualmente en las primeras sesiones como una base para la acción y puede ser una generalización a todo el self “O sea yo estoy mal. Yo no digo que ella no o que sí, ¡pero aceptar que YO estoy mal!”

Protesta crítica al problema.

Consistente con la propuesta presentada de las barreras para la mejoría y los disparadores para depresión (este mismo capítulo). En el caso de Ivonne, y de acuerdo a su discurso, la problematización va enfocada a su conducta pasiva, el uso de su estrategia de autosilenciamiento y su aislamiento.

Conducta pasiva: Cuando inició el grupo, Ivonne mencionaba haber ganado 14 kilogramos de peso, lo cual le parecía particularmente vergonzoso al ser ella Licenciada en Nutrición. Comentaba no querer actuar debido a su depresión y ser incapaz de laborar debido a su sobrepeso; sin embargo, poco a poco fue asumiendo la responsabilidad de sus conductas, comenzando por un análisis de su discurso problemático y desafiando su manera de comportarse y pensar anterior “Y digo yo, bueno pues, disculpen, pero ¡¿qué chingados me está pasando?! Y entonces me doy cuenta que todo es mi culpa, ¡pues! O sea...no hago ejercicio, trago como marrano, no me cuido, no me tomo mis medicinas...”

Para la novena semana, Ivonne fue capaz de considerar esta crítica y enfocarla en su problema actual, en sus palabras “Yo lo que veo así de mi problema, analizando analizando analizando es que el problema soy yo. O sea yo en que no sé... o sea ahí pongo mi incapacidad. Tengo incapacidad o me incapacité de alguna manera o de alguna forma (...) Fue así como apatía

pero ese es un ejemplo, ¡pues! o sea yo he estado apática, he estado floja, así, ¡con muchas cosas! Con muchas cosas de decir. Así me quedo. Aquí me quedo porque según yo no puedo. O sea no... o sea yo me he me he analizado y digo no he hecho mi tarea, no he hecho mis cosas, estoy en una posición tonta, apática, en pocas palabras huevona. O sea no haces... ¡no hago! Y digo, ay Dios mío, es que no tengo dinero. ¡Pero tampoco me pongo a buscar trabajo!

Finalmente, para la décima semana, Ivonne pudo identificar su responsabilidad frente a la pasividad que había estado viviendo y desafiar el discurso dominante con el que se presentó en la entrevista inicial y la primer sesión (Golgalves, 2012). Incluso, ella se presenta a sí misma en tercera persona en esta afirmación “Ivonne hizo una licenciatura que ya no ejerce, ya tiene años encerrada en su casa, Ivonne que... ¿Qué has hecho por Ivonne? Y el pensar, el yo victimizarme porque así me he visto y (...) el yo solita hacerme así chiquita el sentirme fracasada en el punto mío en el punto de Ivonne. Que Ivonne ya no ejerció, que Ivonne ya no hizo x y”

Uso de estrategia de autosilenciamiento. En la segunda sesión, Ivonne comentó:

(...) yo honestamente yo me siento tronada, tronada, (...) yo aparentemente puedo tener un buen matrimonio (...) o sea, y aparentemente es una buena vida, y yo así siempre lo sentí, pero pues eso yo decía ¿por qué fregados no funciono?, ¿por qué fregados me siento triste?, ¿por qué yo?, o sea... llegó un momento en que dije ¿por qué yo no soy feliz? Si tengo a mi marido y mi marido me ama, si tengo a mis hijos y mis hijos me aman, si tengo a mi madre, si tengo un techo, o sea, ¿Por qué Ivonne no es feliz?... ¡porque Ivonne no saca nada!

De esta manera, ella identificó en esta segunda sesión que el callar sus emociones, pensamientos con el fin de mantener las relaciones de modo armónico (Jack, 1991), tanto dentro como fuera de su familia nuclear no sólo no conservaba la calidad de las relaciones, sino que de modo personal, mermaba su capacidad de vinculación.

Aislamiento. Desde la segunda sesión, Ivonne identificó que la depresión la había llevado al aislamiento y que esta no le ayudaría a mejorar su estado anímico. “O sea estoy ahí, pero ¡no los estoy oyendo! Y la verdad sí me da mucha frustración, y ¡sí me da preocupación también! (...). Y sí, yo tengo la culpa... o sea... no lo quiero decir así, pero... el estar en casa y no estar porque me enoja, porque quiero estar sola, porque estoy triste, porque quiero llorar, porque no quiero que me hablen, ¡es muy fuerte!” Aquí, Ivonne identifica que aunque esté presente de modo físico, su

incapacidad de relacionarse hace difícil tener una conexión con su familia. Esta crítica se mantiene a lo largo de las sesiones, presentándose en la sexta reunión como un deseo al que puede o no ceder “Yo me he sentido un poco malhumorada, y eso hace que quiera como que estar sola. Quiero estar sola, pues! (...) El... el hecho de que yo me sienta de mal humor y el hecho de que yo quiera estar sola, pues no más me hace más daño, pues! (...) Porque si yo hubiera insistido y me monto en mi macho así por coraje mas no voy, pues me hubiera perdido de algo bonito”

Una ventaja de esta protesta, es que luego de esta sexta reunión, le permitió compartir esta narrativa con un miembro de su comunidad con el fin de resarcir vínculos “(...) le empecé a platicar aquí del curso, y le empecé a platicar así de que pues nos hemos alejado, de que me he alejado de la gente, (...). Y le digo pues la verdad es que sí, le digo, sí yo me he sentido deprimida (...) “ya no te vengo a ver.”

En el caso de Ivonne, este aislamiento estaba relacionado a su atención centrada en sí misma y su propio disparador: la enfermedad, que la llevó a distanciarse de las necesidades de los otros y a tener una conducta pasiva, como lo evidencia este comentario de la novena sesión “O sea así como yo pongo que llevar una relación armoniosa con mi hija, creo que perdí un poco la de mi hijo y perdí un poco la de mi esposo. ¿Sí? ¿Por qué? Porque ay yo sufro por lo de mi hermano. Yo sufro porque mis hermanas están locas, yo sufro porque me duelen los huesos. Yo estoy encerrada ya no trabajo, no tengo dinero.”

Congruente con la propuesta de Hammen (1991), las personas con depresión tienden a volcar la atención hacia sí mismos. Esta cognición egocéntrica merma la calidad de las relaciones, haciendo más difícil a la persona mantener los vínculos actuales y obtener de estas redes los beneficios y el apoyo para hacer frente a los estresores psicosociales y a la misma depresión.

Protesta surgimiento de nuevas posiciones.

Este MI se refiere a reposicionarse en una percepción autoeficaz frente al problema, utilizando nuevas conductas o pensamientos que retan la manera anterior de entender, verse a sí misma y comportarse en el mundo. En el caso de Ivonne, ella comenzó a actuar de formas más activa y empoderada sobre sí misma y sus emociones una vez que había logrado desvincularse de la narrativa victimizada e indefensa de sí misma. Para esto, ella hizo uso de estrategias como

“darle órdenes a su cuerpo,” que permitió volver a tomar el control de su conducta y recobrar el sentido de competencia, como ella misma mencionó “Entonces yo me terapié en el baño y dije no, le tengo que echar ganas, además es mucho dinero que vamos a gastar para que yo me aburra y mis hijos... y la verdad ¡yo así salí!”

Reconceptualización.

El MI con mayor índice de relación a la mejoría del paciente (Gonçalves, 2012), integra la descripción de dos posiciones, la previa a la experiencia de orientación y la actual; así como el proceso que se llevó a cabo para dar pie a este cambio (Gonçalves et al., 2011).

Luego de que la protesta había sido el MI más relevante para Ivonne, se empezó a dar pie a la emergencia de MI de reconceptualización a partir de la séptima sesión, corroborando la teoría propuesta anteriormente (Alves, et al., 2012). De modo general, ella abordó tres temas en su proceso, mismos que pudo analizar desde una perspectiva metacognitiva: la aceptación de la desaparición de su hermano, y la posible muerte (trabajo de duelo), y la nueva manera de hacer frente a esta situación de modo cercano a la familia y las redes interpersonales, facilitando el proceso de duelo (Pressman, & Bonanno, 2007; Stuart & Robertson, 2012). Además, pudo entender y actuar de modo diferente frente a las disputas con su hija, describiendo una comprensión de las motivaciones propias y de su hija, lo que facilitó un actuar que promoviera una mejor relación con ella y una apertura a nuevas oportunidades relacionales, como lo ejemplifica la siguiente oración “Y y y pues yo creo que algo que me ha servido en estos últimos días. Una es ponerme en el lugar de ella y el otro ha sido de que no es personal (...)”

Finalmente, en la última sesión, Ivonne es capaz de ejemplificar este MI de forma clara en su reposicionamiento frente a lo que ella misma describió como su disparador depresogénico en la quinta sesión, las enfermedades asociadas al climaterio y su posición pasiva que la llevó al aislamiento y este mismo a su vez desencadenó la depresión, como lo propone la teoría (Markowitz y Weissman, 2012, p.100; Weissman, 2006).

Bueno a mí el taller en realidad me sirvió muchísimo, yo me sentía muy mal, muy mal. Yo ya traía muchas cosas guardadas de mucho tiempo y yo me refugiaba en en este... en las hormonas, ¡tengo que aceptarlo! Tengo que aceptar que yo decía ‘no es que estoy en el climaterio y así...’ entonces todo se lo echaba al climaterio. Y la verdad es que no quería yo hacerme responsable, creo, hacerme responsable de la situación de vida que tenía en ese momento. O que tengo, ¡pero

ya la veo diferente! (...) Yo sí venía así muy muy mal. Ahorita contestando el cuestionario (Hamilton), contestando el cuestionario me di cuenta, ¡porque no me había dado cuenta! Yo ya duermo, ¡y no dormía! Me despertaba en la noche y no podía dormir y así y ¡no ya no! ¡Ya duermo de filo! Ah ¡caray! Bueno, entonces este, traía varias situaciones de salud que fue lo que me dio el tiro de gracia (...) ¡Yo estaba encerrada! Yo no salía de mi casa, si yo podía no salir al mercado yo no salía de mi casa.

Desarrollo del cambio.

Como menciona la teoría (Santos, Gongalvez, Matos & Salvatore, 2009), solo después de que se dio el MI de reconceptualización, se pudo dar pie a la planeación de desarrollo del cambio en la doceava y la última sesión. Por una parte, por ejemplo, identificando el trabajo y las barreras a las que se iba a enfrentar con su familia (su mamá y hermanos), frente a la desaparición de su hermano, y por otra, el compromiso continuo a realizar con su hija para poder mantener la relación satisfactoria que había logrado, pero bajo nuevos planes y una visión esperanzadora del futuro

Me he sorprendido yo misma ya dos veces, una riéndome con ella y diciéndole mucho de lo que hemos hablando aquí (...) como iguales (...), y tú (hija) tienes tus problemas y yo también tengo los míos, yo tengo que apoyarte pero ve que no soy la bruja, o sea no soy la mala, no soy el ser que te está destrozando la vida. Quiero ayudarte. Lo estoy haciendo mal, sí, pero no quiero, no quiero arruinar la vida, ¿sí? (...) voy a ser la piedra de tu zapato toda la vida pero eso no significa que no te amé. Voy a tratar de hacerlo mejor, pero bueno... ella se da cuenta que no le estoy gritando, que no me estoy exaltando, entonces eso nos va a ayudar mucho a que pues vamos a seguir discutiendo, sí, pero en esa discusión vamos a entender que es amor lo que está yendo y viniendo.

De acuerdo a los resultados cuantitativos, el caso de Ivonne es un ejemplo de buen resultado en intervenciones, logrando los objetivos de disminuir la sintomatología depresiva, de acuerdo a la escala de Hamilton, e incrementar la percepción de apoyo social. El análisis de estos resultados desde la visión de MI resulta consistente con los pasos y la saliencia del proceso de cambio desde la perspectiva de este modelo teórico (Bento, Ribeiro, Salgado, Mendes, & Gonçalves, 2012; Ribeiro et al., 2015; Santos, et al., 2009), comenzando con un discurso problemático que da pie a MI de protesta, acción y reflexión que se alimentan mutuamente, dando pie a mayor número de MI que enfrentan el discurso problemático dominante previo

permitiendo un reposicionamiento novedoso, flexible y adaptativo que permite comprenderse desde una posición empoderada y esperanzadora frente a los estresores psicosociales y las demandas relacionales. Esto a su vez se complementa con la capacidad metacognitiva de comprender el proceso que permitió este paso, lo que disminuye la posibilidad de recaídas (Golgalves, 2012) al solidificarse la identidad inédita que el proceso grupal ha permitido, dando pie a nuevos planes a futuro bajo una visión inconsistente con el discurso problemático inicial, en el caso de Ivonne, basado en desesperanza, indefensión y pasividad asociados a la depresión (Joiner, Wingate, & Otamendi, 2005).

Toño

Acción.

Hubo dos momentos significativos que ejemplifican este MI para el señor Toño. El primero de ellos, en la quinta sesión, en donde, una vez habiendo mejorado la relación con su esposa, en respuesta al consejo otro de los miembros del grupo (“(...) Decirle algo como oye, qué te parece si hoy vamos y no comemos aquí y nos vamos a comer una garnacha, ¡vamos!”), el señor Toño fue capaz de invitarla a salir y realizar una actividad diferente a la rutinaria “Le digo bueno, vamos a dar la vuelta por ahí y luego luego no puedo, o no quiero y ayer le dije, vamos al centro comercial y me dice, vamos y nos llevamos a los nietos, anduvimos de ahí para acá, no nos enojamos...!” Este ejemplo evidencia, asimismo, el efecto que el cambio conductual puede tener sobre el otro, mejorando la relación interpersonal y con esto el sentimiento de inadecuación, aislamiento y alienación del participante.

Asimismo, otras conductas novedosas fueron relevantes en el cambio en la relación con su esposa y la disminución en la frecuencia e intensidad de las disputas, una de ellas la posibilidad de responder de modo novedoso en las discusiones “Me dijo (mi esposa) (...) ¿si vieras cuánto te odio? Y yo lo que le dije fue “¿y si tú vieras cuánto te quiero...?” ¡Así le dije!” y de enfocar estas mismas en la negociación, procurando no llegar a un punto muerto (Stuart & Robertson, 2012) “Eso que estás diciendo lo llevé a cabo esta semana, ¿sí? Entonces yo veía que estaba discutiendo y yo le decía ‘mira, que te esté diciendo esto no es para que discutas, es para que llegemos a un acuerdo, entonces ¿qué te parece si hacemos esto?’”

A demás, con el objetivo de romper el aislamiento y fomentar el establecimiento y mantenimiento de redes, durante la sexta sesión se dejó la tarea de buscar a algún amigo o conocido de quienes hubieran perdido contacto tiempo atrás. El señor Toño, rompiendo con el retraimiento con el que había estado viviendo hizo una llamada a un compañero de trabajo “(...) con mi compañero le estaba platicando, también tenía rato... ¡desde diciembre! Es una persona que trabajamos juntos y recordamos juntos... te acuerdas cuando trabajamos...” ¿sí? Recordamos y todo eso. Y se siente uno a gusto porque se sale uno de los problemas que tiene uno. Entonces en esos 5, media hora, una hora el tiempo que dure, se le olvida a uno todos los problemas que uno trae (...) Yo lo sentí a gusto, alegre, como que le dio mucho gusto “hola, ¿cómo estás?” Ya tenía mucho que no nos hablamos... ¡o sea! Siente uno... (...) el cariño (...).”

Reflexión.

El proceso de reflexión del señor Toño fue relevante, dado que le permitió tomar una posición cognoscitiva novedosa frente al discurso que lo había llevado a mantener las disputas con su esposa que a su vez dieron pie a su aislamiento y por consiguiente a su depresión (Davila, Hammen, Burge, Daley, & Pale, 1996).

Reflexión crear distancia.

Una de las tareas pilares del modelo TIP es identificar y hacer explícito el disparador o área interpersonal a trabajar durante el proceso de intervención (Stuart & Robertson, 2012). Una de las funciones de esta tarea es precisamente el identificar las causas de la depresión, o del problema, logrando así una comprensión de los antecedentes que dieron pie a la situación actual. En el caso del señor Toño, fue durante la quinta sesión que no sólo identificó las disputas interpersonales como su área a trabajar, sino que pudo vincular su aislamiento como consecuencia de estas peleas.

Durante la séptima sesión, describiendo una discusión con su hija, el Señor Toño fue capaz de reconsiderar su rol en el inicio y mantenimiento de las peleas, cuestionando su forma de hablar “Yo sentí que se lo dije tranquilo pero ella dice que estaba agresivo. No sé si mi manera de expresarme estaba yo agresivo, pero yo... Pero yo sentí que estaba yo en mi papel de papá.” Conforme avanzó el proceso, el señor Toño no cuestionó, sino que pudo reposicionarse frente al discurso victimizado en la dinámica familiar, concluyendo en la décima sesión “(...) yo muchas veces, yo sentía que decía las cosas tranquilo, pero yo estaba alterado.” Este MI, como lo menciona la teoría, permite dar espacio a nuevas maneras de actuar lo cual a su vez da acceso a nuevas conceptualizaciones.

Un momento notable durante el proceso, fue cuando durante la novena reunión un miembro del grupo le planteó la posibilidad de divorcio como parte de una dinámica de solución de problemas. El señor Antonio fue capaz de distanciarse del problema, reconsiderando su intención de hacerle frente para solucionarlo, en particular, para reparar la relación con su esposa, al negarse a la recomendación de separarse de ella. Esto, como plantea el modelo, permitió una posición más activa en la resolución del conflicto y la emergencia de MI de acción.

Por otra parte, la narrativa alrededor de su discapacidad lo posicionaba como un individuo indefenso y lesionado, identificando y responsabilizando a su enfermedad con su salida laboral, y

a esta, a su vez, con su ruptura de redes familiares gratas; sin embargo, durante el trabajo de transición de rol, él pudo reformular esta situación interpersonal y laboral, entendiéndolo de modo disímil: “A lo mejor esa es mi ventaja, ahorita que lo estás diciendo. Es convivir más con los nietos (...) porque con mis hijas yo no conviví, porque yo era trabajar y trabajar y darles...”

Reflexión centrada en el cambio.

Al ser este MI en relación a una especulación del cambio que se ha dado durante la intervención, integrando una intención de hacer frente al problema, así como de responsabilidad frente al mismo. Ante la toma de consciencia de su propio papel en las disputas, el señor Toño adquirió una posición más empoderada, para hacer frente al problema al encontrar que tenía entonces la posibilidad de mejorar la relación, como lo ejemplifica esta frase de la quinta reunión “Sí, porque mi actitud hacia ella, mi actitud hacia ella. Que ya no la agredí, ya no nos agredimos estos cuatro días.”

Protesta.

Protesta crítica al problema. Como lo propone el modelo (Alves et al., 2012; Golgalves, 2012; Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles, Golgalves, 2011), el Señor Toño comenzó el proceso de orientación interpersonal con la presencia dos MI: de reflexión y protesta, particularmente del subtipo “crítica al problema” en donde comenzó por distanciarse del problema y protestar en contra de su “carácter,” o la manera en la que respondía emocional y conductualmente en las interacciones con su familia, en particular con su esposa. Esta primera oposición a su propia manera de actuar dio pie a la posibilidad de trabajo a partir de un primer proceso de reflexión derivado de la primera tarea en la que él pudo enumerar dos áreas a trabajar: su inflexibilidad, su impaciencia y su respuesta evitativa evidenciada en aislamiento, como lo mencionó en la segunda sesión “Entonces me hace reflexionar que a lo mejor yo me... pues yo soy el que estoy mal, en el aspecto de que yo quiero que sean las cosas como yo quiero que estén. (...) A raíz de que me vino la depresión, yo quiero estar solo, no me gusta que me estén gritando, no me gusta... no me gusta estar aislado, entonces el poco rato que estoy con mi esposa con mis nietos, algo así, me enojo, me exaspero bastante rápido, entonces al anotarlo aquí siento como que el que estoy mal soy yo, verdad, entonces pues ahora sí que soy yo quien necesita ayuda, ¿verdad?”.

Más adelante durante el grupo, el Señor Toño identificó la falta de reconocimiento a su esposa, la inutilidad de su estrategia de aislamiento y de evitar la negociación con su esposa, negando la posibilidad de comunicación y de solución de conflictos interpersonales. La evolución

de su protesta se ve reflejada en la siguiente afirmación en la novena semana “El problema es que no escucho (...) yo no lo había detectado, me lo hicieron ver ustedes ¡Que me siento que me están atacando!”

Protesta surgimiento de nuevas posiciones.

Al tiempo que se dieron los MI de reflexión y la protesta desafiando el problema, fue posible tomar una posición más asertiva frente a la dinámica familiar y de pareja en la que se había estado desarrollando el señor Toño y que lo habían llevado a un estado depresivo, brindándole la posibilidad de sentirse nuevamente en control de un aspecto de la relación, y por ende, de su vida. Durante la segunda sesión, consistente con la propuesta de la TIP, al tiempo que hicieron una psicoeducación de la depresión, las promotoras se encargaron de dar el “rol de enfermo” (sick role) a cada uno de los participantes del grupo (Stuart & Robertson, 2012; Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000), lo que facilitó que en la quinta sesión el señor Toño pudiera desvincularse de la sintomatología depresiva y reenmarcar su identidad “Entonces agarré y dije ‘no, tengo que... tengo que hacer algo.’ Entonces toda la noche parte de la madrugada estuve viendo mi error... y dije, no es que no tengo que ser así. ¡Yo no soy así! El papel dice ‘esta es mi enfermedad.’ Eso es lo que yo saqué de conclusión de lo que estamos aprendiendo aquí, entonces agarré y comencé a leerlo. Estuve toda la noche pensando como hasta las dos tres de la madrugada que me ganó el sueño, estuve piense y piense esto y al otro día me levanté y me levanté yo creo que con una actitud muy positiva.”

Reconceptualización

Como se analizó en los resultados cuantitativos, a partir de las puntuaciones obtenidas por la escala Hamilton en la treceava, y tres y seis meses después, el caso del señor Toño se considera un caso con resultados positivos en la disminución significativa de sintomatología depresiva. De acuerdo con esto y corroborando la teoría (Golgalves, 2012; Ribeiro, et al., 2011; Santos et al., 2009), el señor Toño presentó un alto número de MI de reconceptualización, MI clave en los casos con resultados positivos.

Como se elaboró previamente, la reconceptualización integra el entendimiento de sí mismo desde dos posiciones, una pasada y una presente, así como una suposición del proceso que dio pie a este cambio, permitiendo la responsabilización, generalización y mantenimiento de los cambios obtenidos en la intervención. Para Toño se identificaron dos áreas de trabajo: aislamiento o déficits interpersonales y disputas interpersonales, por esta razón el enfoque de las

reuniones iban en relación con la dinámica interpersonal, particularmente con su esposa. Lo anterior se ejemplifica en la siguiente afirmación a la mitad del grupo de OIP:

Yo antes de manejar esta... esta... esta escala yo sí me sentía solo, ya ves que les he platicado el alejamiento de mi pareja y cosas así. Ahí... a raíz de estar con ustedes he cambiado un poquito mi forma de ser, como que me he vuelto un poquito más tolerante. Antes no soportaba este... cualquier cosita me enojaba. Entonces a raíz... el que me ha ayudado mucho es el separador... sí porque... me ha ayudado bastante porque he dicho, bueno, no soy yo estoy enfermo, estoy tratando de... más bien, no he tratado, lo he hecho ya de estar yo alejado de mi pareja. Antes no nos decíamos buenas noches ni buenos días. Ahora ya 'que pases buenas noches,' 'buenos días,' este le sigo llevando la flor, he tratado de acercarme yo un poquito más, ya no estar alejado, no estar yo solo, distraído, me iba yo me encerraba en mis cuatro paredes (...)

Finalmente, durante la última sesión se pudo reposicionar, de una conceptualización personal como un individuo indefenso y enfermo a uno que poseía más recursos personales frente a las adversidades que enfrentaban el resto de los miembros del grupo "Así me sirvió. Yo me sentía bien deprimido, me sentía... ustedes lo vieron, ya casi no lloro como al principio. O sea me sirvió mucho esto (...), Entonces o digo, no yo estoy en la gloria, ¿verdad? Con mi enfermedad. Yo me sentía el más malo de todos pero al ver esto..."

Este sentimiento de bienestar como parte del cambio logrado durante la participación en el grupo es un ejemplo del MI de reflexión, que evidencia el cambio en la narrativa de sí mismo previo y posterior al grupo, tanto en la manera de entenderse "Yo me sentía el más malo de todos," como en la manera de actuar "ya casi no lloro como al principio."

Desarrollo del cambio.

En el caso de Toño, no obstante él comenzó a actuar diferente a partir de la segunda sesión, su proyección del cambio no trascendió significativamente, presentando únicamente dos eventos de MI de desarrollo de cambio para la semana trece. Sin embargo, estos eventos sí se presentaron de forma seguida a la reconceptualización (Golgalves, 2012), ejemplificando la emergencia de una versión de sí mismo en contraposición con la previa al inicio del grupo y en un renovado empeño por mantener la relación con su esposa a partir del uso de las habilidades interpersonales obtenidas en el grupo de OIP. Un ejemplo de lo anterior se dio en la décima

sesión “Me he estado funcionando. Entonces la mayoría de las cosas de aquí, casi es el 80% que yo estaba haciendo mal, entonces hay que darle un giro de 90 grados si quiere uno salvar la situación, la negociación que dices tú, entonces yo la quiero salvar y he puesto mucho de mi parte, pienso que ella ya me entendió y ha puesto mucho de su parte.”

Jesús

Acción.

La propuesta de los MI integra no solamente aquellas conductas, pensamientos y sentimientos que difieren a la narrativa problemática iniciadas por cliente, sino también a las aportaciones que el otro, ya sea el terapeuta, el líder del grupo o el promotor dan y son aceptados por el individuo (Lyra, 2011; Ribeiro, Ribeiro, Golgalves, Horvath, & Stiles, 2013). En el caso de Jesús, con el fin de romper con el aislamiento que había seguido a la muerte de su esposa, la instrucción directa que le dio la promotora durante la séptima sesión fue “para la próximo va a ser entablar una conversación con una persona que tenga mucho tiempo de no hablarle o no llamarle, con esa persona media hora y con un apersona nueva, entablar una conversación 15 minutos o 10 minutos o lo que usted considere pertinente, pero entablar una conversación...” Esta indicación propone una conducta que dista de la forma habitual en la que se comporta el señor Jesús, que lo llevaba al aislamiento y a la dificultad de elaborar el duelo luego de la muerte de su esposa (Pressman, & Bonanno, 2007; Stuart & Robertson, 2012).

Reflexión

El MI con mayor presencia en el proceso de Jesús, se describe como pensamientos que evidencian una nueva manera de entender el problema. El señor Jesús llevaba dos meses de la muerte de su esposa en el momento en el que se presentó para atención en el centro comunitario Casa Meneses.

Reflexión crear distancia.

ue a partir de la segunda sesión, a partir de la tarea, que el señor Jesús comenzó a identificar que su tristeza se asociaba a la soledad que sentía luego de la muerte, y que esta se presentaba particularmente en las noches. Con esto, el señor Jesús pudo encontrar que al haber grados en la tristeza, podría asimismo haber otras variables asociadas a la misma, en este caso, la soledad. Fue por esta razón, que en la sesión dedicada a personalizar el proceso interpersonal a partir de identificar las áreas de trabajo en las que se enfocaría su esfuerzo él pudo señalar al duelo y el aislamiento o soledad (déficits interpersonales).

Más adelante, en la quinta reunión habló de la utilidad de ir comprendiendo a partir de “desmenuzar y acomodar el problema;” es decir, de entenderlo de modo distinto al que hacía previamente. Pero no fue sino hasta la onceava sesión que a partir del proceso logró dos objetivos

del trabajo de duelo: El primero, entender de modo integral a su esposa, a partir de ser capaz de recordarla desde sus virtudes y defectos: “Era bien buena gente, era geniuda, pues geniuda, pero le ganaba más lo buena gente,” y el segundo, la aceptación de la muerte como un proceso natural de la vida “(...) yo estoy conforme yo sé que son los... que somos, que no somos eternos y que tiene que ser así, por ejemplo, también en misa eh... llega un momento en que se ponen a cantar ‘hay que morir para vivir y ¡¡pu... ma...!! ¡Es literal!’ (...) es así, es tan natural, que creo yo debe haber en la escuela una materia que diga te vas a morir, fíjate que no estés tan contentote porque de repente te puedes morir y si tiene que haber algo que nos diga... y si lo sabemos, nada más que nos hacemos, o no sé...” El tercer objetivo del trabajo de duelo, el poder compartir el proceso para volver a restablecer las redes interpersonales se buscó a partir del trabajo enfocado en el aislamiento, mismo que se enfoca más en activación conductual (acción).

Reflexión centrada en el cambio

Una actividad que dio pie a la primer aparición de este subtipo de MI fue la tarea de “Gráfica del humor” que se les pidió llenaran semana tras semana, en donde el estado de ánimo era monitorizado junto con eventos relevantes del día que pudieran estar asociados a las emociones más salientes del día. A partir de esto, Jesús comentó en la tercer reunión haber identificado una mejoría al sentirse menos triste y “más tranquilo.” Vinculado con ambas áreas de trabajo, el aislamiento y el duelo, en la semana once comentó:

No sé de tanta plática que hemos tenido. Ahí la llevo, ya al comer solo no... No me afecta tanto, ha así problemitas y ya los soporto. Antes sí lloraba. Ahora ya este... ya... ya estoy mejor. Lo que sí es comentarios al azar, de repente ahí me encuentro a la vecina y '[dice] ‘ay yo me acuerdo de su esposa, llegaba [diciendo] ‘Jesús tu café, Jesús ya vine,’” y esos son los golpes que de repente lo tambalean a un, ¿no? Pero qué bueno que se acuerdan así...

Con esta afirmación Jesús logró identificar cuáles eran sus momentos vulnerables previamente y la manera en la que se sentía casi al final del proceso grupal, si bien describe seguir sintiendo tristeza, ésta ya no estaba vinculada al llanto fácil que caracterizaba estos momentos clave. Al mismo tiempo, la afirmación es relevante pues resalta la reaparición de redes interpersonales comunitarias con miembros que conocían y valoraban a su esposa, como lo era su vecina.

Protesta

III.4.3. c. 1. Protesta crítica al problema. El señor Jesús presentó dos críticas a su forma de comportarse y pensar durante las primeras sesiones. La primera, dentro del área de trabajo de

déficits interpersonales o aislamiento, la irritabilidad asociada a la depresión, así como la falta de habilidades sociales, sobretodo en relación con las mujeres, ejemplificada en la dificultad para comunicarse con su hija. En la segunda sesión él especificó el objetivo a partir de un parámetro personal “Me gustaría ser como antes, que era más diplomático, que le daba su cuerda. A mí por eso la gente me estimaba. Yo no quiero que me estimen, ni doy para que al rato me den, no no no. Cada quien, ¿no? Pero yo sí este... procuraba que... ¡llevar la fiesta en paz!” Este reproche facilitó la apertura para el trabajo dentro del grupo de OIP, como él mencionó en este segundo encuentro “(...) necesito (...) de lo que me vayan enseñando ir agarrándole, ¿no? ¡Porque yo digo que estoy mal!”

La segunda oposición la externalizó en contra del sufrimiento por el duelo y la actitud pasiva que se pudiera tomar frente a él, haciendo de éste un problema crónico “¡Llega un momento en que hasta la goza uno, yo creo (el sufrimiento)!,” permitiendo este desafío se dio pie a la identificación de los momentos de dolor y el cuestionamiento de su utilidad, así como de la manera en la que este dolor pudiera estar cubriendo las expectativas imaginadas de la esposa. Ante el hipotético de su propia muerte, él mismo respondió que no le gustaría que sus hijos vivieran su muerte de la manera en la que él estaba viviendo la de su esposa.

Protesta surgimiento de nuevas posiciones. El desafiar el concepto de sí mismo o la manera narrativa problemática se convierte en un paso fundamental para permitir la emergencia de posiciones diferentes, empoderadas y autoeficaces, frente a la narrativa problemática que lo llevó, en primer lugar a analizar la posibilidad de aceptar la muerte de su esposa y lidiar con la muerte y la rutina diaria sin la presencia y el apoyo de ella, lo cual al principio, a su decir, pensó que sería más difícil, y en segundo, a utilizar afirmaciones personales que le facilitaran este proceso de aceptación y su efecto emocional. Esto se ejemplifica en el comentario que hizo en la octava sesión “Si yo he visto que hay un avance porque eh... todavía tiene 4 días que [pensé] ‘yo quiero a mi esposa’ ([y me contesté] ‘ay sí, ya está aquí, no ¡pues si ya no está!’ ¡Tiene uno que aceptarlo! Entonces este ya... he estado más tranquilo.”

Reconceptualización.

Siendo el MI más relevante para el cambio terapéutico de largo plazo y los pacientes que muestran buenos resultados (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011), es importante puntualizar que en el caso de Jesús, se encontraron únicamente dos evidencias de este MI en el discurso de Jesús. Esto puede deberse a dos motivos: el primero, que durante las sesiones el señor Jesús tuvo una

participación menor, consistente con la descripción que hizo de sí mismo como un señor prudente, que no quiere dar molestias o evita ser visto o exponerse. El segundo, que efectivamente no haya logrado el proceso metacognoscitivo que involucra el análisis de la transformación personal a partir del proceso de intervención en dos momentos: pasado y presente. Esta segunda opción supondría un resultado menos positivo en la última medición cuantitativa de los efectos de la intervención en las mediciones evaluadas. No obstante, este no fue el caso para la valoración de la sintomatología depresiva, (15 frente a 10 en las mediciones posteriores), o autoeficacia (31 en la medición previa, 35 en la semana doce y 38 en el seguimiento a tres meses), o apoyo social (78 en la medición previa, frente a 84 en la última semana y una ligera disminución a 82 en el seguimiento a los tres meses). Sin embargo, en comparación con los resultados obtenidos por Ivonne y Toño quienes presentaron un mayor número y saliencia de Mis, especialmente de reconceptualización (ver inciso II.3.2. MI por participante), los alcances obtenidos por Jesús fueron más conservadores.

Un ejemplo de un momento de reconceptualización paa el señor Jesus fue cuando comprendió que debía comenzar a compartimentar las diferentes dimensiones en su vida con el fin de seguir vinculándose con otras personas y desarrollando sus actividades cotidianas a pesar del sentimiento de tristeza o de los recuerdos que esto pudiera traerle. Por decir, en la octava sesión identificó dos momentos, uno en el que decidió bailar en una reunión por el gusto de la música, a pesar de sentir culpa, con la que lidió con una autoafimación “bueno ¿qué a poco no voy a comer? -Creo que ella sí se molestaría si me cachara- Oye ya deja de pensar tanta tontería pues tienes que seguir viviendo.” Durante esta misma sesión comentó

No sé, bueno, es que... como que yo ya estoy tratando de de separar tanta paja, ¿no? (...) empezó una música, y me quise empezar a sentir mal y [me dije a mi mismo] ‘¿qué pasó, qué pasó? ¡Si esa canción ni le gustaba! ¿Qué estoy haciendo?’ Jaja, ¡y de verdad de ahí estoy empezando a separar tanta cosa que tengo en la cabeza! Y también les comentaba que que me mataba comer solo... y me preparo mi comida, mi hijo está arriba y digo, bueno, no estoy solo, mi hijo está arriba, ella está aquí.

Esta afirmación evidencia dos niveles de comprensión, en primer lugar, el logro de la capacidad de analizar sus sentimientos y ser capaz de introducir un elemento racional en su experiencia emocional; el segundo, la capacidad de identificar los recursos interpersonales con los que cuenta de modo concreto ante la presencia del sentimiento de soledad. Más aun,

consistente con los MI de reconceptualización, Jesús es capaz de posicionarse en dos lugares, en el pasado y lo que hubiera hecho anteriormente; y en el presente, las conductas, pensamientos y emociones que es capaz de integrar en su narrativa.

Desarrollo del cambio.

Al igual que la reconceptualización, el desarrollo del cambio es uno de los MI que diferencia a los casos exitosos frente a los que no logran resultados positivos luego de una intervención (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011). Este MI usualmente se presenta en las últimas sesiones de las intervenciones psicoterapéuticas como evidencia de la modificación del paciente en la posición del self. Sin embargo, en el caso del señor Jesús, a pesar de tener un incidente de desarrollo del cambio, no presentó de modo consistente un discurso que elucidara una planeación a futuro de nuevos proyectos basados en los logros obtenidos durante las semanas de trabajo con las promotoras en el grupo de OIP.

A modo de conclusión, si bien Jesús tuvo un número menor de MI frente a los participantes Ivonne y Toño, nuevamente se observa el mismo patrón de aparición de los MI conforme avanzó el proceso que proponen Alves y colaboradores (Alves, et al., 2012), en donde los MI de protesta y reflexión se presentan al inicio de la intervención, dando pie a los MI de reconceptualización, en el caso del señor Jesús en la octava sesión y dirigiendo su atención a la meta, se observan los MI de desarrollo del cambio. Sin embargo, los MI de reconceptualización se presentan únicamente en una sesión y con una saliencia muy baja, lo que puede explicar el resultado subóptimo que logró en el grupo de OIP, con una disminución de cinco puntos en la escala de Hamilton, posicionándolo en una depresión ligera, frente a la depresión moderada con la que ingresó al grupo, pero manteniendo los cambios en las mediciones longitudinales a tres meses.

Luis

Acción.

Si bien tener meramente MI de acción, no llevan al cambio (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), Luis tuvo diversos ejemplos de este MI. Por decir, en la penúltima sesión, Luis comentó “[Estoy leyendo un libro] y se llama el infierno del rencor y la magia del perdón y me acuerdo mucho de ustedes dos porque cuando llegué aquí me sugerían todo esto, ¿no? Dejar ir de todo lo que ya no... y aprender de veras a perdonar a quien me hace daño.” Consistente con la descripción de Gonçalves y colaboradores (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg 2010), la acción se refiere a una conducta que rompe con la manera usual de comportarse del individuo (p.269). Cuando Luis entró al grupo, él se presentó como alguien que sentía enojo hacia su ex pareja y cuyo discurso y acciones se enfocaban la disputa, sin considerar la posibilidad de enfocar su atención en la posibilidad de restaurar la relación.

Reflexión.

A pesar de ser el MI con mayor número de apariciones (n=13) en el discurso de Luis a lo largo de las trece semanas, lo mismo que en la acción, el MI de reflexión de modo aislado no lleva al cambio de posición del individuo; sin embargo, se presenta en las primeras sesiones (Alves et al., 2012) como los primeros movimientos cognoscitivos esperados de un proceso de intervención que dan pie al cambio, o como evidencia para el mismo participante o sus familiares, del mismo (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009).

Reflexión crear distancia. Para Luis, el trabajo de relaciones estuvo enfocado principalmente en las disputas continuas que él tenía con su exesposa en particular y su sistema familiar en general. Sin embargo, al inicio del grupo, él se identificó de modo independiente al problema pero involucrado emocionalmente por el mismo (para la presentación de los casos referirse a la sección de participantes en el capítulo de metodología). Un ejemplo de un momento de este MI fue cuando pudo comprender que la manera en la que él se comportaba con su familia difería a la manera en la que se relacionaba con otras personas de su red, lo que podía explicar al menos de modo parcial el rol activo que él estaba jugando en el inicio y el mantenimiento de las disputas.

Para mi es más fácil, para mí. En cuestión ya persona, creo que me entiendo con la mayoría de mis compañeros al grado que ya tengo muchísimos amigos (...). En lo personal, con

mi familia, con mi pareja, eh... me cuesta un poco de trabajo porque ya son relaciones un poco más personales, digamos casi probadas o íntimas. En el caso de mi pareja úes a veces por la diferencia de edad, por la diferencia de ideas (...)

El poder hacer esta toma de conciencia le permitió comenzar con los MI de acción, lo que a su vez daría inicio al proceso de cambio (Alves et al., 2012).

Reflexión centrada en el cambio. Una vez que se comienzan a generar cambios se vuelve importante la capacidad de reflexionar en los mismos con el fin de considerar algunas de las estrategias implementadas (Gonçalves, et al., 2009). De esta forma, Luis no sólo fue capaz de observar un cambio personal a partir de asistir a los grupos de OIP “Gracias a las terapias, los temas que hemos visto, yo me siento con un... como si fuera para mí una nueva herramienta, lo que yo he aprendido aquí.” También, Luis pudo identificar algunas habilidades particulares que permitieron este cambio. Como mencionan los autores (Alves et al., 2012, Golgalves, et al., 2009; Santos, Golgalves, & Matos, 2011), los MI de acción llevan a Mis de reflexión, que refuerzan el trabajo y el entusiasmo en el mismo, sobretodo en las primeras reuniones. El siguiente comentario en la tercer semana ejemplifica este dinamismo entre la acción y la reflexión centrada en el cambio en el caso de las disputas familiares de Luis

Llegué a realmente a un diálogo con la mamá de mis hijos, incluso pues hay un acuerdo y me siento más tranquilo. He platicado con mis compañeros de trabajo, con mi pareja respecto a esta situación y me han apoyado bastante, me han visto más tranquilo, más contento y para mí lo más importante es que mis hijos están todavía más contentos. Vieron un diálogo que en años no habían visto en sus padres, vieron esa tranquilidad y al término de este diálogo fuimos a convivir. No todos juntos, pero mis hijos cuando me los llevé estaban muy alegres, muy muy muy contentos, y eso me dejó con un muy buen sabor de boca.

Protesta.

Este MI puede ser favorecedor en el proceso de intervención, al distanciar a la persona de su propio problema; sin embargo, una narrativa basada en este MI pudiera ser llegar no sólo a estancar a la persona en un discurso pesimista y de desesperanza, sino que lo llevarían a un entendimiento de sí mismo y el mundo problematizante sin la capacidad de ser influido por el individuo (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), es por esto que más allá de la protesta “crítica al

problema,” es el “surgimiento de nuevas posiciones” lo que evidencia una posición de empoderamiento frente a la posición dificultosa en la que se encontraba previo al inicio del grupo.

Protesta crítica al problema.

Probablemente el ejemplo más claro de este MI se presentó en la onceava semana, cuando Luis analizó la posición personal y familiar en la que se había encontrado los últimos años, marcada por disputas, infidelidades y enojo hacia su expareja en particular y la vida en general. Desde un enfoque espiritual, Luis recalcó “Él (Dios) no está para cumplir los caprichos de nadie, nos hace entender a veces por las malas que uno se quiere seguir embarrando de lodo.” Con esta afirmación, Luis se posicionó en contra de la manera en la que había estado actuando, pensando y sintiendo previamente; es decir, confrontó su narrativa de sí mismo, el otro y el mundo que había estado marcada por cogniciones depresogénicas o, a decir de Beck (1967), la triada cognitiva característica el paciente con depresión (para más de esta teoría referirse al primer capítulo: Depresión, en el subtema de los modelos de la depresión, el subíndice 2.a. Dimensión cognitiva de la depresión).

Protesta surgimiento de nuevas posiciones.

Este MI es particularmente necesario, frente al anterior, pues elucida un enfoque autoeficaz en el individuo frente a su problemática. En la onceava reunión, Luis comenzó criticando el rol de su expareja en el problema (la disputa) y frente a esto, describió su nueva posición ante la dinámica que se había estado repitiendo por los últimos años utilizando las afirmaciones asertivas propuestas dentro del tema de Disputas Interpersonales y comunicación interpersonal “Me doy cuenta que aunque yo no le permito que ella tenga control del mi vida, de la mínima manera ella busca cualquier forma para invadir mi vida, entonces trato de no engancharme o de engancharme lo menos posible y utilizo frases como las que ustedes nos propusieron hace 8 días.” De esta forma, las herramientas de habilidades interpersonales que brinda el modelo de IPT facilitaron un acercamiento al problema persistente de una forma más empoderada para el participante.

Reconceptualización.

Los MI de reconceptualización tuvieron una duración corta en la segunda sesión y no volvieron a aparecer sino hasta la doceava reunión. El ejemplo más relevante se dio ante las discusiones con su expareja

Pues yo vengo todavía un poco más contento, creo que sí me está sirviendo un poco demasiado esto. El problema que tengo con mi mujer no ha cambiado, pero sí hay una... una relación un poco más cordial, ya pude llegar a un diálogo con ella, platicamos muy muy largo, este... pues entre comillas nos pedimos perdón el uno al otro, delante de mis hijos. No hubo ni siquiera una mala palabra, un intento de discutir, nada por el estilo. Nos costó mucho trabajo llegar a ese diálogo, pero creo que fue un gran avance porque todo lo que me he llevado de aquí, la tranquilidad, las ganas de, de superarme a mí mismo, de escuchar a mis compañeros, creo que he tomado las cosas buenas de cada uno para aplicarlas a mi vida y las llevé a cabo exactamente al otro día de la terapia con mi mujer.

De esta manera, de modo general, Luis describió desde un meta entendimiento algunas de las estrategias que había estado empleando para moverse de una posición de enojo y empecinamiento en la comunicación, a un diálogo que permitiera acercarse a una negociación, distanciándolo de las diéputas continuas que había estado teniendo con la expareja.

Desarrollo del cambio.

Luis no presentó evidencia de este MI en su discurso; sin embargo, esto pudiera explicarse debido a que durante las últimas reuniones surgió una nueva área de trabajo: el duelo. Por lo mismo, las últimas sesiones estuvieron enfocadas en el trabajo de duelo ante la muerte de su familiar, perdiendo el enfoque original con el que se presentó al inicio del grupo: disputas interpersonales.

Anexo M

Guía de entrevista Post intervención dirigida a personas que concluyeron el programa

¿Cómo fue tu experiencia al participar en el grupo Interpersonal?

¿Qué cambios han habido en estos últimos 4 meses?

¿Ha habido algún cambio en cuanto a tus relaciones en estas últimas 8 semanas que fuiste parte del grupo?

¿Cómo ha sido la relación con tu pareja?

¿Tienes hijos?

¿Cómo ha sido la relación con tus hijos?

¿Cómo ha sido la relación con tu familia de origen?

¿Tu mamá?

¿Tus hermanos?

(explorar la relación con cada uno de ellos)

***¿Hubo algún momento dentro de las sesiones que identifiques como particularmente relevante en el proceso?**

De ser necesario aclarar

¿Hubo algo que te haya dicho el líder o alguien del grupo que hayas encontrado de ayuda?

¿Hubo algún gesto o algo que haya hecho el líder o algún miembro del grupo que hayas encontrado de ayuda?

De qué es de lo que más te acuerdas de estas 12 semanas de intervención?

¿Ha habido algún cambio en cuanto a tu estado de ánimo en estas últimas 12 semanas que fuiste parte del grupo?

¿Sientes que esta experiencia te ayudó?

¿Cómo fue el trato de los líderes durante las sesiones?

¿Cómo pudo haber sido mejor esta experiencia?

***¿Qué ocurre en tu comunidad en cuanto a relaciones?**

Anexo N

Guía de entrevista post intervención dirigida a los participantes que abandonaron el grupo

¿Qué cambios ha habido en estos últimos 4 meses?

¿Ha habido algún cambio en cuanto a tus relaciones?

¿Cómo ha sido la relación con tu familia de origen?

¿Te has tenido que enfrentar a alguna situación por tu cuenta?

¿Cómo fue la experiencia?

***¿Hubo algún momento estos meses que identifiques como particularmente relevante?**

¿A qué barreras te enfrentaste al estar en el grupo?

¿Hubo algo que hayas encontrado de ayuda?

¿De qué es de lo que más te acuerdas de estos meses?

¿Ha habido algún cambio en cuanto a tu estado de ánimo en estas últimas 12 semanas?

¿Cómo pudo haber sido mejor esta experiencia?

¿Cuál fue tu percepción de los promotores comunitarios de Salud?

¿Puedes pensar en algo que hiciera más fácil la búsqueda de ayuda en la Casa?