



EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN SISTÉMICA BREVE (TSB) EN UNA MUJER CON SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: ESTUDIO DE CASO PILOTO¹

Zaira Paulina Campos-Márquez², Roberto Montes Delgado³, Martha Leticia Guevara Sanginés⁴, Fabiola González Betanzos⁵, Martha Leticia Salazar Garza⁶
 Universidad de Colima
 México

RESUMEN

Introducción: La depresión es el padecimiento de salud mental más frecuente en el mundo (OMS, 2023). Según la OMS (2023) las mujeres son más propensas a sufrir depresión, es 50% más frecuente en mujeres que en hombres. Según la ENSANUT (2022), en México, la prevalencia en mujeres adultas es del 15% (Vázquez-Salas et al., 2023). **Objetivo:** Analizar los efectos de una intervención de terapia sistémica breve (TSB) en una mujer con sintomatología depresiva. **Método:** Se realizó un estudio de caso piloto (Yin, 2003) de corte cuasi experimental, pre y post con seguimiento a los tres meses. Se evaluó mediante el Inventory of Depressive Symptomatology - Beck-II (BDI-II), la Escala de Estrés Percibido (PSS) y la Outcome Rating Scale (ORS); además se obtuvo el índice de cambio confiable [RCI] de Jacobson y Truax (1991). **Resultados:** Los resultados muestran una mejoría significativa en la sintomatología depresiva con un RCI de -8.56 y una disminución de más de 10 puntos, disminución en el estrés percibido y un aumento en el progreso percibido por la consultante en la satisfacción en distintas áreas de su vida; la mejoría se mantuvo en el seguimiento a los tres meses. **Conclusiones:** La intervención en este estudio de caso piloto mostró eficacia en la reducción de sintomatología depresiva, sin embargo, es importante probarlo en

¹ Agradecimientos: Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento al Centro Educativo de Servicios a la Comunidad (CESCOM) por su apoyo, el cual hizo posible esta investigación.

² Autor de correspondencia: Universidad de Colima, correo electrónico: zaira.campos.marquez@gmail.com

³ Universidad de Colima, correo electrónico: mondel@ucol.mx

⁴ Universidad de Guanajuato, correo electrónico: leticiag@ugto.mx

⁵ Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, correo electrónico: fbetanzos@umich.mx

⁶ Universidad de Aguascalientes, correo electrónico: marthaleticiasalazar@gmail.com

estudios con más participantes. Este estudio puede contribuir al desarrollo de evidencia científica de la terapia sistémica breve.

Palabras clave: Estudio de caso piloto, mujeres, sintomatología depresiva, terapia sistémica breve (TSB)

EFFECTIVENESS OF A BRIEF SYSTEMIC INTERVENTION (BST) IN A WOMAN WITH DEPRESSIVE SYMPTOMS: PILOT CASE STUDY

ABSTRACT

Introduction: Depression is the most common mental health disorder worldwide (WHO, 2023). According to the WHO (2023), women are more prone to suffer from depression, being 50% more prevalent in women than in men. According to ENSANUT (2022), in Mexico, the prevalence of depressive symptoms in adult women is 15% (Vázquez-Salas et al., 2023). **Objective:** To analyze the effects of a brief systemic therapy intervention (BST) in a woman with depressive symptoms. **Method:** A quasi-experimental pre- and post-test pilot case study (Yin, 2003) was conducted with a three-month follow-up. Assessment was done using the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), the Perceived Stress Scale (PSS), and the Outcome Rating Scale (ORS); additionally, the Reliable Change Index [RCI] by Jacobson and Truax (1991). **Results:** The results show a significant improvement in depressive symptoms with an RCI of -8.56 and a decrease of more than 10 points, a decrease in perceived stress, and an increase in the client's perceived progress in satisfaction in different areas of her life; the improvement was sustained at the three-month follow-up. **Conclusions:** The intervention in this pilot case study demonstrated efficacy in reducing depressive symptoms; however, it is important to test it in studies with more participants. This study can contribute to the development of scientific evidence for brief systemic therapy.

Keywords: Pilot case study, women, depressive symptoms, brief systemic therapy (BST).

La depresión es el problema de salud mental más frecuente en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Según la OMS (2023) las mujeres son más propensas a sufrir depresión y ansiedad, la depresión es 50% más frecuente en mujeres que en hombres, y un 6% de las mujeres adultas en el mundo la padecen. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2022, en México, la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres adultas es del 15% (Vázquez-Salas et al., 2023). Según la ENSANUT (2022), en el estado de Guanajuato, la prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres adultas es de un 20.8%.

La Asociación Estadounidense de Psicología [APA] (2022) señala que la depresión tiene causas múltiples, incluyendo factores biológicos, genéticos, psicológicos y episodios estresantes. Las mujeres tienen un mayor riesgo debido a exposiciones frecuentes a experiencias altamente estresantes, como violencia y dificultades familiares, además de los cambios hormonales en etapas como el embarazo y la menopausia (Instituto Nacional de Salud Mental [NIMH], 2022).

Además, existen diversos estudios que muestran la relación de la sintomatología depresiva con la disfuncionalidad familiar, entendida como un desequilibrio de las dimensiones de cohesión (vínculo emocional, los límites, los amigos, recreación), flexibilidad (calidad y expresión de reglas, roles, negociaciones) y comunicación (Olivera et al., 2019; Osornio-Castillo et al., 2008; Leyva-Jiménez et al., 2007, Olson et al., 1979); en el estudio realizado por Yang et al. (2014) con mujeres donde se evaluaron síntomas depresivos, funcionamiento familiar y percepción de discriminación, se encontró que un nivel óptimo de cohesión familiar ayuda a amortiguar de manera importante la disminución sintomatología depresiva.

Terapia sistémica breve (TSB)

La TSB es un enfoque terapéutico que tiene una duración de entre 6 a 12 sesiones. Su objetivo principal es ayudar a los clientes a resolver las dificultades que los llevaron a buscar atención psicológica. Esto se logra mediante la creación de un proyecto terapéutico focalizado con objetivos específicos, que se trabajan a lo largo de las sesiones. La TSB integra técnicas de la terapia sistémica y se enfoca en acciones dirigidas hacia soluciones más que en profundizar en los problemas. Además, promueve la elaboración de tareas para realizar fuera de las sesiones y la comunicación asertiva en las relaciones del consultante. (García y Beyebach, 2021; Beyebach y Herrero de Vega, 2016; García y Ceberio, 2016; Beyebach, 2014; García, 2013)

Las premisas teóricas fundamentales de la TSB incluyen enfoques sistémicos, constructivistas y centrados en soluciones (Beyebach, 2014). Desde el modelo sistémico, se utiliza la teoría de los sistemas para comprender las dificultades de los clientes dentro de su contexto sociofamiliar. Se retoma el enfoque

constructivista, priorizando las interpretaciones del consultante sobre su mundo relacional para promover el cambio (Feixas y Villegas, 2000 citados en Beyebach, 2014). La terapia centrada en soluciones (TCS) (De Shazer, 1985; De Shazer et al., 1986) se enfoca en las soluciones más que en profundizar en los problemas, destacando las acciones exitosas para ampliar el control de los consultantes sobre los resultados satisfactorios. La TCS ha demostrado resultados positivos, incluso en poblaciones latinas (Aminnasab et al., 2018; Zhang et al., 2018; Habibi et al., 2016; Carrera et al., 2016; Suitt et al., 2016; Schmit et al., 2016; Kim et al., 2015; Kramer et al., 2014; Gingerich y Peterson et al., 2013; Kim, 2008). La TSB también incorpora técnicas de la terapia narrativa (TN) (White y Epston, 1993), la terapia en solución de problemas desarrollada en el Mental Research Institute (Fisch, Weakland y Segal, 1984) y la terapia familiar estructural (Minuchin, 1974).

Con base en la evidencia descrita anteriormente, en una etapa previa se diseñó una intervención a manera de estudio piloto desde la TSB, con el objetivo de analizar los efectos de una intervención en la disminución de sintomatología depresiva en una mujer adulta. El estudio piloto es un paso importante que permite tomar decisiones mediante el análisis de los resultados antes de realizar una investigación a mayor escala (Fernández-Sánchez et al., 2020); debido a lo anterior el análisis de los resultados del estudio permitirán afianzar las fases de la intervención.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio de caso piloto (Yin, 2003) de corte cuasi experimental, Pre-Post, con seguimiento a los tres meses (Montero y León, 2002), se analiza el caso de una mujer con sintomatología depresiva. La estructura para la redacción de este estudio se basa en algunas de las sugerencias planteadas por Vicente-Colomina, Santamaría y González-Ordi (2020), para el reporte de estudios de caso en el marco de la psicología clínica.

Este estudio examina la efectividad de un tratamiento en salud, midiendo los resultados positivos en condiciones reales que implican la interacción entre

consultantes y psicólogos clínicos. Se asegura un control sobre las actividades de intervención para mejorar el bienestar de los consultantes. En contraste con la eficacia, que se centra en el diseño de grupo y condiciones más controladas, este enfoque destaca la validez interna del tratamiento en escenarios prácticos, según Bosques-Padilla y Corral-Guerrero (2013) y Ferro y Vives (2004).

Escenario

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro Comunitario de Servicios para la Comunidad (CESCOM), centro que es sostenido por el servicio de voluntarios, alumnos y ex alumnos de la Universidad Iberoamericana, y financiado por la misma institución. Este centro se ubica en la colonia San Pedro de los Hernández, en León Guanajuato. La población de la colonia se encuentra en condiciones de pobreza, inseguridad y exclusión. Las mujeres son las principales solicitantes de los servicios de atención psicológica.

Participantes

Se contó con una participante, una mujer de 42 años, con escolaridad secundaria, solicitante de atención psicológica, la cual se habían inscrito previamente en la lista para recibir dicho servicio.

Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck-II, BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996): Se utilizó su versión española (Sanz, Navarro, y Vázquez, 2003; Sanz et al, 2005) que ha mostrado ser un instrumento válido y fiable en la población general adulta mexicana (Estrada et al.,2015). La consistencia interna para población general mexicana adulta es de α .91; mientras que la DT es de 8.67. (Estrada et al., 2015). En población clínica española el inventario cuenta con α .90, y con una DT de 10.96 (Beck, Steer y Brown, 2011), no se encontraron propiedades psicométricas disponibles para población clínica mexicana.

Escala de estrés percibido, PSS (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983): El propósito de esta escala es evaluar el nivel de estrés, fue diseñada para evaluar el grado en el que las situaciones de la vida cotidiana son percibidas como estresantes. Para fines de este estudio se utilizó la adaptación cultural para México

de la versión española, que mostró una adecuada consistencia interna de α .86 (González y Landero, 2007).

Outcome Rating Scale, ORS (Miller et al., 2003): Esta escala monitorea el progreso durante intervenciones psicoterapéuticas evaluando la percepción de funcionamiento en términos del malestar o bienestar percibido por del paciente; lo anterior se evalúan en cuatro áreas: individual, interpersonal, social y el progreso global. El punto de corte clínico es de 25 puntos (Sparks y Duncan, 2018). Para fines de este estudio se utilizó la escala en su versión en español traducida por (Harris, 2010) misma que mostró una adecuada consistencia interna de α .91 (Moggia et al., 2018) en población clínica española.

Procedimiento

Esta sección está organizada en dos partes; en la primera parte se habla acerca del procedimiento en general especificando como se eligió, contacto, y evaluó a la participante; en la segunda parte se describe la intervención en cuanto al contenido particular de cada una de las diez sesiones.

La participante fue seleccionada de la lista de espera del centro comunitario debido a indicadores de sintomatología depresiva en su motivo de consulta. Se la contactó telefónicamente para concertar la cita y durante la sesión de diagnóstico se le informó sobre el estudio, firmando el consentimiento informado y completando la evaluación inicial con la escala BDI II y la escala PSS. Se le proporcionó un manual para realizar tareas en casa y se monitorearon sus avances en cada una de las diez sesiones mediante la escala ORS. Al finalizar, se realizaron evaluaciones post-tratamiento con las escalas BDI II y PSS, seguido de un seguimiento de tres meses para evaluar la persistencia de la sintomatología depresiva.

Intervención

La elección de este modelo (TSB) tiene que ver con la revisión bibliográfica hecha con anterioridad (García y Beyebach, 2021; Beyebach y Herrero de Vega, 2016; García y Ceberio, 2016; Beyebach, 2014; García, 2013, Chávez y Michel, 2009; Ncube, 2006; De Shazer, 1985; White y Epston, 1993; Fisch, R. et al., 1984) y con la referencia histórica de que algunos de los psicólogos que brindan atención en el

centro comunitario ya han aplicado algunas de las técnicas de este modelo con resultados exitosos en las consultantes. A continuación, se describen brevemente las sesiones.

Contenido de las diez sesiones

A continuación, se describe brevemente el contenido específico de cada una de las diez sesiones de esta intervención.

Sesión 1: la sesión uno tiene por objetivo conocer áreas libres del problema del consultante; identificar soluciones que la consultante ya puso en marcha antes de iniciar la intervención; trabajar sobre la alianza terapéutica; escuchar empáticamente las dificultades de la consultante.

Sesión 2: durante la sesión dos el objetivo es identificar y trabajar sobre recursos, habilidades, soluciones mediante el trabajo con excepciones entre sesiones; además se identifica como sería una vida libre del problema para la consultante con el objetivo de definir los objetivos de la intervención definiendo el proyecto terapéutico.

Sesión 3: el objetivo de esta sesión es crear distancia entre la consultante y la sintomatología, lo que ayuda a que la consultante no perciba la sintomatología como si fueran cualidades fijas en ella; esto abre la posibilidad de narrativas alternativas donde esta se perciba distinta y libre de sus dificultades; en la sesión se trabaja con mejorías (excepciones) que se pudieron haber presentado entre sesiones, se aborda mediante psicoeducación la sintomatología depresiva con apoyo del manual “Cuando Mar superó la tristeza profunda” (referencia, en prensa) y se utiliza la técnica de la externalización de las dificultades.

Sesión 4: el objetivo de esta sesión es identificar el estilo de comunicación de la consultante, prevención de violencia, enseñar una estrategia de comunicación adecuada. Durante la sesión cuatro se trabajó con mejorías (excepciones), estilos de comunicación y prevención de violencia, se presenta la técnica espacios de diálogo protegido, se realiza el cierre y propuesta de tarea.

Sesiones 5 y 6: el objetivo de estas sesiones es la reelaboración del recuerdo de un evento altamente estresante para la consultante. En las sesiones cinco y seis se

pregunta por mejorías, trabajo de experiencias altamente estresantes mediante las técnicas del cine y la escritura de cartas terapéuticas, se enseña una técnica de relajación para reducir tensión muscular y estrés.

Sesiones 7 y 8: el objetivo es identificar y abordar posible desequilibrio en las dimensiones de cohesión y flexibilidad de las relaciones familiares. Durante las sesiones siete y ocho se pregunta y trabajo con las mejorías, se lleva a cabo la técnica del genograma, cierre devolviendo recursos observados en la consultante.

Sesión 9: el objetivo de esta sesión es descubrir o recordar recursos, cualidades, elaborar la narrativa de la consultante como superviviente mediante la técnica del árbol de la vida, así como identificar la red de apoyo de la consultante y prevenir recaídas.

Sesión 10: el objetivo es cerrar la intervención, entregar carta de la terapeuta a la consultante devolviendo los recursos, fortalezas, soluciones y logros observados durante la intervención, prevenir recaídas. Se trabajó con mejorías, se hace entrega de la “carta del terapeuta”, prevención de recaídas, pregunta escala, cierre.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de la participante, se explicó el objetivo del estudio y el uso de la información para fines de investigación (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2009). El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Colima, con constancia de dictaminación expedida el 27 de noviembre de 2023.

Presentación del caso

La consultante reporta que actualmente vive en casa de su madre, quien está bajo su cuidado, ya que presenta varios problemas de salud, algunos de sus hermanos se encargan de sostener la casa económicamente; refiere sentirse “asfixiada”; debido a que su madre y hermanos buscan controlarla y en muchas ocasiones no le permiten moverse del cuarto, en el que pasa la mayor parte del tiempo, por lo que realiza pocas actividades. A veces sus hermanos le dan un poco de dinero y con eso ella apoya un poco a sus hijos, sin embargo, esto no es siempre así, a

veces hace gelatinas para ganar más dinero. Tiene dos hijos uno de 23 y otro de 19 años, su hijo mayor trabaja y el menor estudia. Finalmente, menciona que le gustaría poder platicar más con ellos, a veces se siente culpable porque considera que es mala madre.

Motivo de consulta

“Tengo depresión...me agarra mucha la ansiedad, estoy con mucho estrés por cuidar a mi mamá...estoy yendo con el psiquiatra.”

Antecedentes

La consultante ha experimentado depresión desde los quince años y comenzó a recibir tratamiento psiquiátrico hace dos años, siendo diagnosticada con trastorno depresivo mayor. Durante todo el proceso de intervención, siguió su tratamiento con medicación recetada. Aunque participó en psicoterapia grupal anteriormente, no experimentó mejoría. Describe una relación distante con su madre y menciona que su padre, quien falleció hace unos años, aunque no era cariñoso, siempre estuvo presente para ella. Desde niña, tuvo miedo de salir sola y prefirió aislarse en casa, sintiéndose rechazada por otros en su juventud. Nunca vivió fuera de la casa de sus padres.

Proyecto terapéutico

“Quiero aprender a conocerme, saber quién soy y que me gusta porque nunca lo he sabido” “Quiero tomar espacios para mí, como salir a caminar, salir a la calle, arreglarme” “Me gustaría platicar más con mis hijos, desayunar con ellos”

Fortalezas y recursos identificados antes de la intervención

La consultante muestra una persistencia notable al participar en un grupo de labor social en su iglesia, asistiendo semanalmente a pesar de sentir miedo al ser juzgada. A pesar de esto, sigue asistiendo regularmente. Además, identifica a dos amigas como parte de su red de apoyo, aunque solo las ve ocasionalmente al salir a comprar comida. La consultante se muestra motivada y curiosa por las sesiones

de intervención para conocerse mejor, y demuestra creatividad al disfrutar de las manualidades.

RESULTADOS

Análisis de datos cuantitativos

A continuación, se muestran los resultados de las escalas de evaluación pre y post intervención para sintomatología depresiva y el estrés percibido, además de una evaluación de seguimiento realizado a los tres meses (Ver Tabla 1)

Tabla 1
Puntuaciones pretest, postest y seguimiento de la consultante

Escala	Puntuación		Seguimiento 3meses	Valor del	
	Pretest pre y seg	Post test		Entre pre y post	Entre
BDI-II	44 8.77>1.96	2	1	-8.56>-1.96	-
PSS	39 5.9>1.96	14	10	-5.10>-1.96	-

Nota. Elaboración propia. Puntuación: Inventario de Depresión de Beck [BDI-II] 0-13, mínima; 14-19, leve; 20-28, moderada; y 29-63, grave. Escala de estrés percibido [PSS] 0-14 casi nunca o nunca está estresado; de 15-28, de vez en cuando está estresado; de 29-42, a menudo está estresado, y de 43-56 muy a menudo está estresado. Además, basándose en los criterios el método de Jacobson y Truax (1991) clasifica a un paciente como recuperado si su puntuación en un instrumento supone un cambio que excede ese valor de +/-1.96 del RCI

A los puntajes pre y post test de cada caso se aplicó el índice de cambio confiable (RCI) (Jacobson y Truax, 1991) que es utilizado para evaluar la eficacia de la intervención; para conocer si el cambio es significativo primero se tiene que establecer una puntuación de corte, para este análisis se estableció la puntuación de 14 derivado de lo propuesto por Sanz (2013), además Sanz y García (2015) establecen que para el BDI II hay que considerar que las consultantes que se consideren recuperadas deben disminuir la puntuación en el BDI II en 10 puntos; ya que tenemos la puntuación de corte debemos calcular el RCI, se considera un cambio significativo positivo si el índice RCI es mayor a +/-1.96 y la puntuación en el post test es menor a 14 (puntuación de corte) y además disminuye superando los 10 puntos.

El RCI para el BDI II, indica que hay un cambio significativo y confiable ya que -8.56 es mayor que -1.96 (valor crítico utilizado); supera en 10 puntos la mejoría después de la intervención y el puntaje del post test es menor a 14. De acuerdo con los criterios establecidos para el BDI II (Sanz y García, 2015; Sanz, 2013) los resultados de la consultante cumplen con los criterios de recuperación. En cuanto al PSS, el índice RCI nos da un valor de -5.10. el cual también nos indica un cambio confiable. A los tres meses de la intervención el RCI para el BDI II indica que se siguen cumpliendo los requerimientos de recuperación (Sanz y García, 2015; Sanz, 2013) ya que -8.77 es mayor que -1.96 (valor crítico utilizado); supera en 10 puntos la mejoría después de la intervención y el puntaje del seguimiento es menor a 14. En cuanto al PSS, el RCI tomando en cuenta el puntaje inicial y el seguimiento a los tres meses tiene un valor de -5.9 cumpliendo de igual forma con los criterios de cambio confiable.

En cuanto a los resultados de la escala Outcome Rating Scale, ORS (Miller et al., 2003) que permite monitorear el progreso durante la intervención, siendo una escala del malestar/bienestar percibido por la consultante durante cada una de las sesiones es posible observar las evaluaciones de cada sesión en la siguiente gráfica (Ver Figura 1).

Figura 1



Nota. Resultados de la escala Outcome Rating Scale (ORS) realizados con el Software app.betteroutcomesnow.com

De acuerdo con los criterios establecidos por Sparks y Duncan (2018) el punto de corte para la ORS es de 25 puntos y, además, se debería obtener una mejoría de más de 6 puntos para una mejoría significativa para el RCI (Gimeno-Péon et al., 2019; Sparks y Duncan, 2018; Jacobson y Truax, 1991); los resultados de la consultante muestran una mejoría significativa y confiable (Ver Tabla 2)

Tabla 2

Puntajes de la escala Outcome Rating Scale (ORS)

Casos	Puntaje de la escala ORS	Diferencia entre pre y post	Punto de corte para población clínica y no clínica	Mejoría mayor a 6 puntos	RCI
Sesión 1 Sesión 10					
Caso 1	14.1	36.9	22.8	36.9 > 25	22.8>6 9.05>1.96

Nota: Basándose en los criterios Andrade-González et al. (2021), Sparks y Duncan (2018) y Jacobson y Truax (1991); para que exista una mejoría significativa los puntajes obtenidos deben superar el punto de corte de 25 y mejorar más de 6 puntos. Se clasifica un paciente como recuperado si su puntuación en un instrumento supone un cambio que excede ese valor de +/-1.96 del Índice de cambio confiable (RCI)

Análisis de datos cualitativos:

Externalización

A continuación, se muestran viñetas del diálogo con la consultante a partir de la técnica de externalización. Se le pidió que imaginara el color, la forma y las características que tendrían sus dificultades; la describe como una niña descuidada, sin energía, difusa “Yo la veo como una figura de una niña gris, despeinada, decaída, sin facciones”, se le pide entonces que le ponga un nombre, la consultante parece representar el estado de ánimo con el que se ha sentido identificada desde su infancia y dice “Pues yo le pondría la Tristona”. Ello coincide con el hallazgo de que en la externalización los consultantes seleccionan un nombre que describe adecuadamente la influencia del problema en sus vidas (Hoffman y Kress, 2008). Posteriormente a que se consiguió una descripción de “Tristona” se le pidió que la dibujara, a continuación, se muestra el dibujo hecho por la consultante (Ver Figura 2)

Figura 2

“Tristona”: Externalización de las dificultades de la consultante



Nota: Dibujo elaborado por la consultante

Después de que se realiza el dibujo, se busca atribuirle a lo externalizado características o “armas” que han obstaculizado a la consultante. La consultante le adjudica que la hace ser temerosa de las personas “Me aleja de las personas, no me deja acercarme a las personas”, además le atribuye que la hace aislarse de las personas “Siempre me hizo alejarme del mundo, como si me encerrara en una concha”. Por otra parte, rememora su influjo en la inhibición de emociones positivas “Cuando era niña no dejaba que sintiera alegría como los otros niños” y la expresión de sentimientos de aflicción “Tristona tiene el arma de hacerme llorar”. La persistencia de las dificultades y los fracasos en los intentos de solución de los consultantes confirman, para sí mismos y su entorno, que tienen características personales y relaciones negativas inherentes a ellos (White y Epston, 1993).

El paso siguiente es buscar que la consultante genere alternativas nuevas para hacer frente a la sintomatología. Reconoce que tiene fortalezas para hacer frente a la “Tristona” como la inteligencia, la valentía y reconoce su valor personal; en su narración ella menciona “Acordarme que sí soy muy inteligente y que valgo mucho, aunque ella me quiera hacerme sentir lo contrario. (...) También recordarme que

otros no valen más que yo, que yo también soy soñadora, valiente, comprensiva y alegre". Asimismo, en esta narrativa con una perspectiva positiva, la consultante externa el deseo de acercarse a sus hijos, así como de realizar actividades que le generan bienestar y menciona qué otras armas contra sus dificultades serían "Salir con mis hijos, hablar con ellos. (...) Salir a la calle a disfrutar la naturaleza. (...) Salir a caminar al centro". Esta construcción de alternativas y reconocimiento de recursos ante el relato original centrada en la problemática derivada de la externalización ha sido reportada también en otros estudios (Rojas-Madrigal, 2020; Keeling y Bermudez, 2006).

Trabajo con pautas interaccionales en la familia:

Se trabajaron las pautas familiares de la consultante mediante la técnica del genograma (McGoldrick y Gerson, 1985) tomando en cuenta límites y los tipos de comunicación (Satir, 1980). Se representó el genograma con muñecos, la consultante representó a su familia, incluyendo a sus padres hermanos y a sus hijos, se usó material como hilo y etiquetas para delinear las relaciones entre los miembros.

Se muestran fragmentos que podrían revelar el desequilibrio en la variable de cohesión en la familia de la consultante mostrando vínculos desprendidos con poca cercanía emocional "Yo nunca recibí ese cariño de mí mamá, bueno tampoco de mi papá (...) Yo de niña siempre estaba buscando cariño de mi mamá, y nunca la encontré, siempre andaba sola llorando", esta falta de cercanía emocional y sus necesidades en esta área se ve reflejadas aún en la actualidad como adulta "Yo quería un abrazo, o palabras de cariño, bueno ahora de adulta y que está enferma tampoco lo tengo"; después de abordar el tema la consultante vuelve a hacer referencia a lo externalizado para reflejar como esa necesidad de cariño en sus vínculos tiene relación con su estado emocional "¡Ah! Pues con razón, ahora veo que no recibí ese amor que necesitaba y por eso también llegaba Tristona". Lo anterior coincide con estudios anteriores que encontraron que la cohesión familiar ayuda a amortiguar la sintomatología depresiva ante la presencia de otros factores de riesgo (Olivera et al., 2019; Ying Yee y Sulaiman, 2017; Yang et al. 2014)

Reelaboración de recuerdos estresantes mediante la escritura:

Durante la sesión seis, se le solicita a la consultante escribir una carta terapéutica dirigida hacia su niña. En esta carta, la consultante, valida y expresa sentimientos de miedo y vulnerabilidad; sin embargo, también se reconoce a sí misma cualidades como la valentía y se brinda a sí misma alternativas para abordar sus emociones. A continuación. se muestran fragmentos de la carta “Sé que cuando eras pequeña todo te asustaba, todo te daba miedo, te sentías frágil, tan indefensa, tan pequeña ante todo lo que veías. Quiero que sepas que tú no estás sola, tú eres muy valiente y fuerte, y todo lo que es el mundo y la vida no son más grandes que tú. (...) Quédate tranquila ya todo pasa, te abrazo con todo el amor porque eso es lo que necesitas. (...) Ahora puedo respirar, mirar al cielo, las aves, la naturaleza, ahí puedo encontrar la paz, la alegría al sentir el aire. (...) Respira hondo y profundo...¡Vive!”. La escritura es una manera de reelaborar recuerdos altamente estresantes, estos resultados coinciden con estudios existentes que muestran el efecto positivo de la escritura sobre la salud mental (Guo, 2022; Beyebach, 2014; García y Rincón, 2011; Pennebaker, 1997) (Sesión 6).

Trabajo con excepciones:

En el trabajo con excepciones (mejorías) durante distintas sesiones, es importante que el terapeuta pregunte por estas mejorías y de esta forma se posibilite a la consultante construir alternativas a la narrativa cargada de dificultades con la que la consultante llega inicialmente. En seguida, se muestran fragmentos de la sesión siete, la consultante acepta salir de la ciudad con una amiga y narra sentimientos de alegría y disfrute en torno a esta experiencia, las excepciones se ven claramente en torno al aislamiento en el que se encontraba en sesiones posteriores:

Consultante: “Pues fíjate que me anime a irme con una amiga de paseo a un pueblo cercano”

Terapeuta: “Muy bien, eso es algo muy distinto, que bien que te animaste ¿Cómo lo conseguiste?”

Consultante: "Yo hasta decía ni va a venir mi amiga porque se fue a una fiesta ayer"

Terapeuta: "Entonces con todo y el miedo a que no llegará conseguiste ir"

Consultante: "Si con todo y miedo me fui. (...) Fuimos a visitar varios lugares, caminamos en la plaza del pueblo, pasé un buen rato con mi amiga. (...) Luego le dije hay que comernos una nieve, y lo hicimos"

Terapeuta: "Mira que divertido, me imagino que disfrutaste mucho ¿Y que más hiciste?"

Consultante: "Estuvimos en el jardín disfrutando la naturaleza, fuimos a la parroquia." "Disfruté ver los árboles frondosos y verdes, muchas plantas como rosales, también disfruté caminar y ver el kiosko, las calles empedradas hermosas."

Terapeuta: "Mira y a ti que te gusta tanto la naturaleza, hacerlo en compañía debió haber sido muy lindo, ¿qué efecto tuvo en ti esa experiencia?"

Consultante: "¡Me sentí bien alegre!, me reí con mi amiga y disfrutamos mucho. (...) Nos pusimos a platicar sentadas en el centro"

Terapeuta: "¿Y qué más?

Consultante "Fue muy agradable platicar con ella, me sentí entendida, las dos coincidimos en nuestras cosas, hasta llegando a la casa le dije a mi hijo que me la pasé bien, de hecho, ese día no me dolía nada"

Terapeuta: "¿Te das cuenta como tu tomaste la decisión de ir aún con todo y miedo?"

Consultante: "Sí, agarre valor, y me la pasé muy bien, hasta se me olvidaron las enfermedades y hasta hubo poco miedo." (Sesión 7)

El efecto positivo en la consultante cuando se trabajó con excepciones coincide con que los tiempos dedicados al trabajo con excepciones, en una intervención orientada a soluciones, aumentaron la confianza, fomentaron un estado de ánimo positivo y alentaron a los consultantes a recordar más mejorías en su vida cotidiana (Wher, 2010).

A continuación, se muestra una tabla con los comentarios finales de la consultante (Ver Tabla 3) y una tabla de elaboración propia con las sugerencias derivadas de este estudio piloto para un estudio posterior (Ver Tabla 4)

Tabla 3

Comentarios finales y sugerencias de la consultante

Comentarios finales y sugerencias
“Me ayudó a conocer a “la tristona”, que estaba en el pasado y que ahora está pequeña y que yo tengo recursos contra ella”
“Me di cuenta de que tengo muchas cosas buenas, yo creía que todo era malo, feo y que en todo la regaba y con esto aprendí que tengo muchas cosas que dar.”
“Aprendí a conocerme, que tengo muchas cosas que destacar, que he sido valiente y que ahora puedo hacer cosas que me gustan, como disfrutar la naturaleza, caminar, hablar de lo que pienso.”
“Aprendí de quererme y a hacer cosas que me hacen sentir bien como salir con mi amiga cuando fui al pueblo, a platicar con mis hijos, a poder hablar de lo que pienso y a decirle que no a mi mamá y hasta a mis hermanos.”
“Me ayudó mucho escribirle la carta a mi yo adulta a mí yo de niña. Ahora ya que me acuerdo cuando me molestaban los niños no me siento tan triste.”
“Me gustó mucho.”

Nota. Elaboración propia

Tabla 4

Sugerencias derivadas de este estudio piloto para un estudio posterior

Sugerencias derivadas de este estudio piloto
<ul style="list-style-type: none"> • Las tareas que funcionaron son las tareas más claras, fáciles y sencillas de elaborar (La detective, Las tres preguntas, Cartas terapéuticas, A ver qué sucede, Caja de recursos, Bote de medicinas, Queja y Necesidad) (Beyebach y Herero de Vega, 2016) • La consultante realizó la mayoría de las tareas para casa. • La escritura fue una herramienta útil. • Se sugiere colocar juntas la sesión 4 (Comunicación y prevención de violencia) y la sesiones 7 y 8 (Relaciones familiares) • Aumentar el tiempo considerado para la sesión 9 (“Árbol de la vida”) • Se realizó el seguimiento de confirmar un día antes la asistencia de la consultante a sesión. • La consultante faltó en una ocasión, sin embargo, aviso una semana antes, la sesión se repuso. • Tomar en cuenta como base para esta intervención la consolidación de una buena alianza terapéutica.

- Es muy importante validar la experiencia acerca de las dificultades de las consultantes.
- Considerar el trabajo con recaídas durante la intervención y al finalizar el trabajo con la prevención de recaídas.

Nota. Elaboración propia

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es analizar los efectos de una intervención desde la terapia sistémica breve (TSB) en una mujer con sintomatología depresiva. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio de caso piloto la sintomatología depresiva disminuyó significativamente; manteniéndose baja incluso en la evaluación del seguimiento a los tres meses posteriores; además el estrés percibido bajo a niveles mínimos y siguió bajando después de los tres meses. Sumado a esto, la percepción de mejoría en términos de malestar/bienestar en áreas como bienestar individual, relaciones cercanas, área social y en general también aumento de modo significativo. Por lo tanto, los resultados del estudio de caso piloto muestran que esta intervención fue efectiva.

En estudios, realizados con anterioridad, las intervenciones desde la terapia sistémica breve (TSB) han mostrado efectividad. Un estudio realizado por Barcons et al. (2016) con 419 pacientes en un servicio ambulatorio de salud mental, incluyendo pacientes con diagnóstico de depresión, en el que 212 fueron asignados a Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y 207 a atención desde la Terapia Sistémica Breve (TSB), se encontró que ambos modelos resultaron equivalentes en términos de altas terapéuticas, abandonos y recaídas, se confirmó la equivalencia de los grupos, por lo que los autores concluyen que los autores confirman que la TSB podría ser un tratamiento efectivo. Otro estudio realizado por García et al. (2021) evalúo un protocolo de intervención desde la TSB y orientado a personas que han vivido un evento altamente estresante, se evaluaron los cambios pre-post entre ellos la sintomatología postraumática y sintomatología depresiva, ambas variables disminuyeron de forma relevante. Una de las aportaciones de este estudio de caso

piloto es que hasta el momento no se ha evaluado ningún protocolo específico para la disminución de sintomatología depresiva.

Dentro de las actividades que la consultante reportó como más eficaces en su proceso fueron el poder hablar acerca de sus recursos y habilidades mediante el trabajo con mejorías (excepciones) uno de los principales componentes de la TCS; la consultante mencionó *“Aprendí a conocerme, que tengo muchas cosas buenas, muchas cosas que destacar, que he sido valiente y que ahora puedo hacer cosas que me gustan, como disfrutar la naturaleza, caminar, hablar de lo que pienso”*. Lo anterior coincide con la publicación de reportado por Habibi et al. (2016) contó con 30 mujeres con presencia de sintomatología depresiva, 15 en el grupo control y 15 en el grupo experimental, las mujeres del grupo experimental recibieron una intervención desde la terapia centrada en soluciones, los resultados mostraron que la sintomatología depresiva disminuyó significativamente.

Otra de las actividades significativas para la consultante, desde la terapia narrativa (TN), fue la escritura de una carta terapéutica de su adulta a su niña propuesta por Dolan (1991) citada en Beyebach y Herrero de Vega (2016), la consultante mencionó *“Me ayudó mucho escribirle la carta a mi yo adulta a mí yo de niña. Ahora ya que me acuerdo cuando me molestaban los niños no me siento tan triste”*. Un metaanálisis que revisó estudios con seguimientos a largo plazo mostró que la escritura expresiva ha mostrado ser una técnica viable para mitigar los efectos de la depresión, ansiedad y estrés (Gou, 2023)

Otro elemento señalado como útil por la consultante fue la técnica de externalización (White y Epston, 1993); la consultante menciona *“Me ayudó a conocer a “la tristona”, que estaba en el pasado y que ahora está pequeña y que yo tengo recursos contra ella”*. En un estudio realizado por Keeling y Bermúdez (2006) con 17 participantes encontró que la externalización los ayudó a expresar emociones, aumentó su conciencia de sus recursos y la agencia personal, así como la sensación de empoderamiento; este estudio revela la utilidad potencial de externalizar las dificultades.

Para finalizar; la consultante refirió al finalizar la intervención, *“Aprendí de quererme y a hacer cosas que me hacen sentir bien como salir con mi amiga cuando fui al*

pueblo, a platicar con mis hijos, a poder hablar de lo que pienso y a decirle que no a mi mamá y hasta a mis hermanos." Durante las sesiones enfocadas al trabajo con la comunicación y las relaciones familiares se abordó que la consultante tenía un estilo de comunicación evasivo, además de su contexto familiar se encontró un posible desequilibrio en la dimensión de cohesión; con límites poco claros entre los subsistemas así como poca cercanía emocional; la consultante realizó cambios en el establecimiento de límites más claros, permitiéndose expresar un poco más sus necesidades y tomando espacios para ella misma. En un estudio realizado por Yang et al. (2014) con mujeres donde se evaluaron síntomas depresivos y la funcionalidad familiar mostró que un nivel adecuado de cohesión entre los vínculos de la familia ayuda a amortiguar de manera importante la sintomatología.

Este estudio presenta limitaciones, como se ha escrito anteriormente se trata de un estudio de caso piloto y sería conveniente, debido a los resultados, replicar este trabajo con un mayor número de personas, con el fin de conocer si estos resultados pueden ser confirmados. Otra limitación a considerar es que no se contó con un grupo control y no fue posible controlar la presencia de variables extrañas como eventos específicos en la vida cotidiana de la participante como el tiempo entre cada una de las sesiones, duración exacta de las sesiones, condiciones médicas adicionales y el nivel educativo de la participante; además una de las investigadoras fue la terapeuta del caso, por lo tanto, se encuentra también dentro de estas variables extrañas la motivación del terapeuta durante la investigación. Sumado a lo anterior, es importante considerar que la terapeuta tiene formación a nivel posgrado en psicoterapia clínica y está certificada en terapia sistémica breve.

Conflictos de intereses

"El autor/es de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses".

Referencias Bibliográficas

Aminnasab, A., Mohammadi, S., Zareinezhad, M., Chatrrouz, T., Mirghafari, S. & Soheila Rahmani (2018) Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) on Depression and Perceived Stress in Patients with Breast Cancer. *Tanaffos*, 17(4): 272-279.

American Psychological Association (2022, noviembre) Superando la depresión. <https://www.apa.org/topics/depression/trastornos-depresivos>

Barcons, C., Cunillera, O., Miquel, V. y Beyebach, M. (2016) Effectiveness of Brief Systemic Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy in routine clinical practice. Hoffman *Psicothema*, 8 (3), 298-330. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.309>

Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Manual*. The Psychological Corporation: San Antonio, TX.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: Sanz, J., y Vázquez, C.)*. Madrid: Pearson.

Beyebach, M. (2014) *24 ideas para una psicoterapia breve*. Herder.

Beyebach, M. y Herrero de Vega (2016) *200 tareas en terapia breve*. Herder.

Bosques-Padilla, F. J. y Corral-Guerrero, L. C. (2013) Efectividad vs. eficacia: ¿es tiempo de cambiar nuestra forma de pensar? *Medicina Universitaria*, 15(60):99-100

Chávez, R. & Michel, S. (2009) Espacio protegido de diálogo. México: Editorial Norte – Sur

Carrera, M.; Cabero, A.; González, S.; Rodríguez, N.; García, C.; Hernández, L. y Manjón, J. (2016). Solution-focused group therapy for common mental health problems: Outcome assessment in routine clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 89 (3) 294-307. <http://doi.org/10.1111/papt.12085>

Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>

De Vicente-Colomina, A., Santamaría, P. y González-Ordi, H. (2020). Directrices para la redacción de estudios de caso en psicología clínica: psychocare guidelines. *Clínica y Salud*, 31(2), 69-76.
<https://doi.org/10.5093/clysa2020a6>

De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207–221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1986.00207.x>

De Shazer (1985). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución.* Gedisa.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2022) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. Resultados de Guanajuato.
https://www.insp.mx/resources/images/stories/2023/docs/230920_Guanajuato_22_Ensanut.pdf

Ferro, R. y Vives, C. (2004) Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea: Revista de Medicina, Lenguaje y Traducción*, 16 (5), 97-99,

García, F. E. y Beyebach, M. (2022) *Superar experiencias traumáticas. Una propuesta desde la terapia sistémica breve.* Herder.

García, F. E., Beyebach, M., Cova, F., Concha-Ponce, P. y Mardones, R. (2021) Evaluación de un protocolo de intervención en Terapia Sistémica Breve para personas expuestas a un evento estresante reciente. *Psychologia*, 15(1), 43-55. <https://doi: 10.21500/19002386.5300>

García, F. E. y Ceberio, M. R. (2016) *Manual de Terapia Sistémica Breve.* Mediterráneo: Santiago de Chile.

García, F. E. (2013) *Terapia Sistémica Breve: Fundamentos y Aplicaciones.* RIL editores: Santiago de Chile.

Gimeno-Peón, A.; Prado-Abril, J.; Inchausti, F.; Barrio-Nespereira, A.; Álvarez-Casariego, M. T. & Duncan, B. L. (2019) Systematic Client Feedback: A naturalistic pilot study. *Ansiedad y Estrés*. 25, 132-137.
<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.04.005>

Gingerich, W., J. y Peterson, L., T. (2013) Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy: A Systematic Qualitative Review of Controlled Outcome Studies. *Research on Social Work Practice*. 23(3) 266-283.
<http://doi.org/10.1177/1049731512470859>

González, M. T. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*. 10(1), 199-206. <http://doi.org/10.1017/s1138741600006466>

Guo, L. (2023). The delayed, durable effect of expressive writing on depression, anxiety and stress: A meta-analytic review of studies with long-term follow-ups. *British Journal of Clinical Psychology*, 62, 272–297. <https://doi.org/10.1111/bjcp.12408>

Fernández-Sánchez, H.; Guzmán-Facundo, F., R.; Herrera-Medina, D. y Sidani, S. (2023) Importancia del Estudio Piloto en un Proyecto de Intervención. *Index de Enfermería*. 32(1). <https://doi.org/10.58807/indexenferm20233776>

Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Herder.

Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Desclée de Brouwer: Bilbao

Habibi, M.: Ghaderi, K.; Abedini, S. y Jamshidnejad, N. (2016) The effectiveness of solution-focused brief therapy on reducing depression in women. *International Journal of Educational and Psychological Researches*.2, 244-9. DOI:10.4103/2395-2296.189671

Harris R. S. (2010). Encuesta de Resultado [Outcome Rating Scale] [Measurement instrument]. Retrieved from <https://betteroutcomesnow.com/wp-content/uploads/2018/01/spanish.docx>

Hoffman, R. M. y Kress, V. E. (2008) Narrative Therapy and Non-Suicidal-Self-Injurious Behavior: Externalizing the Problem and Internalizing Personal Agency. *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development*. 47 (2), 157-171. Doi: 10.1002/j.2161-1939.2008.tb00055.x

Instituto Nacional de Salud Mental (2022, 12 de marzo). Las mujeres y la depresión. <https://cchealth.org/healthplan/pdf/Depression-in-Women-es.pdf>

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*. 18(2), 107–116. <http://doi.org/10.1177/1049731507307807>

Kim, J. S., Franklin, C., Zhang, Y., Liu, X., Qu, Y., & Chen, H. (2015). Solution-focused brief therapy in China: A meta-analysis. *Journal of Ethnic & Cultural*

Diversity in Social Work. 24(3), 187–201.
<http://dx.doi.org/10.1080/15313204.2014.991983>

Keeling, M. L. y Bermudez, M. (2006) Externalizing problems through art and writing: experiences of process and helpfulness. *Journal of Marital & Family Therapy.* 32 (4), 405-419. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01617.x>

Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, Riper H. (2014) Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.*;16(5), <HTTP://doi.org/10.2196/jmir.3261>

Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., López-Gaona, V. (2014) Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985) *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A. y Claud, D. A. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of brief Therapy*, 2(2), 91-100.

Minuchin, S. (1974) *Familias y Terapia Familiar*. The President and Fellows of Harvard College.

Moggia, D., Niño-Robles, N., Miller, S. D., & Feixas, G. (2018). Psychometric properties of the Outcome Rating Scale (ORS) in a Spanish clinical sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 21. eXX. Doi:10.1017/sjp.2018.32

Montero, I. y León, O. G. (2002) Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2(3), 503-508. ISSN: 1697-2600

Ncube, N. (2006). «The Tree of Life Project: Using narrative ideas in work with vulnerable children in South Africa». *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*. 1, 3-16.

Olivera A. N.; Rivera E. G.; Gutiérrez M. y Méndez J. (2019). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular “Gran Amauta de Motupe”. *Revista Estomatológica Herediana*, 29 (3), 189-197. <https://doi.org/10.20453/reh.v29i3.3602>

Olson, D. H., Sprenkle, D. H. y Rusell, C. (1979) Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types,

and Clinical Applications. *Family Process*, 13(1), 3-28.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x>

Osornio-Castillo, L; García-Monroy, L; Méndez-Cruz, A.R. y Garcés-Dorantes, L.R. (2009) Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos en Medicina Familiar*, 11 (1) 11-15. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26838>

Organización Mundial de la Salud (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pennebaker, J. W. (1997). Writing About Emotional Experiences as a Therapeutic Process. *Psychological Science*, 8(3), 162-166. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x>

Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventory para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*. 14(3), 249-280. ISSN: 1130-5274

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventory para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*. 16(2), 121-142. ISSN: 1130-5274

Sanz, J. (2013) 50 años de los inventarios de depresión de Beck: Consejos para la utilización de la versión española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del Psicólogo*. 34(3), 161-168.

Schmit, E., L.; Schmit, M., K. y Lenz, A. S. (2016) Meta-Analysis of Solution-Focused Brief Therapy for Treating Symptoms of Internalizing Disorders. *Counseling Outcome Research and Evaluation*. 7 (1), 21-39. DOI: 10.1177/2150137815623836

Sociedad Mexicana de Psicología, A. C. (2009). Código Ético de los psicólogos. Trillas.

Sparks, J. y Duncan, B. (2018). The Partners for Change Outcome Management System: A Both /And System for Collaborative Practice. *Family Process*, 1-18. <http://doi.org/10.1111/famp.12345>

Suitt, K. G., Franklin, C., & Kim, J. (2016). Solution-focused brief therapy with Latinos: A systematic review. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work: Innovation in Theory, Research & Practice*, 25(1), 50–67. <https://doi.org/10.1080/15313204.2015.1131651>

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Gedisa.

Vázquez-Salas R. A., Hubert C., Portillo-Romero A.J., Valdez-Santiago R, Barrientos-Gutiérrez T, Villalobos A. (2022) Sintomatología depresiva en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut 2022. Salud Publica Mex. 65(1), 117-125. <https://doi.org/10.21149/14827>

Yang H. J, Wu J.-Y., Huang S. S., Lien M. H. y Lee T. S. H. (2014). Perceived discrimination, family functioning, and depressive symptoms among immigrant women in Taiwan. *Arch Womens Ment Health*. 17, 359–366. 10.1007/s00737-013-0401-8

Yin, R. K. (2003) *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications: US

Zhang, A.; Franklin, C.; Park, S.; Kim, J. y Currin-McCulloch, J. (2017) The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Behavioral Medicine*. 41, 139-151. <http://doi.org/10.1007/s10865-017-9888-1>