

Intervención psicológica aplicada por un pasante de medicina para disminuir sintomatología depresiva en mujeres del medio rural

Psychological intervention applied by a medical intern to reduce depressive symptoms in rural women

Francisco Páez ¹, Jorge Chávez-Pérez, ² Rebeca Robles-García^{3*} 

https://doi.org/10.36105/psic_anah.2026v1n1.03

¹ Instituto Jalisciense de Salud Mental, Jalisco, México
(en el momento del estudio)

² Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México (en el momento del estudio)

³ Centro de Investigación en Salud Mental Global, Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México

*Autor de correspondencia: Rebeca Robles-García, reberobles@hotmail.com, Calzada México Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, Tlalpan, Ciudad de México

Fecha de recepción: 29 de octubre de 2024

Fecha de aceptación: 19 de marzo de 2025

CÓMO CITAR: Páez, F., Chávez-Pérez, J., & Robles-García, R. (2026). Intervención psicológica aplicada por un pasante de medicina para disminuir sintomatología depresiva en mujeres del medio rural. *Investigación y Avances en Psicología*, 1 (1),47-62. https://doi.org/10.36105/psic_anah.2026v1n1.03



Esta obra está protegida bajo la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Resumen

La depresión constituye un problema de salud pública, particularmente para las mujeres. Además, aunque existen intervenciones efectivas, en México y otros países similares, la accesibilidad a las mismas es marcadamente escasa en zonas rurales con carencia de profesionales de salud mental. Este trabajo evaluó la efectividad de una intervención psicológica breve impartida por un pasante de medicina previamente capacitado por un terapeuta certificado, para disminuir sintomatología depresiva en mujeres que habitan zonas rurales del Estado de Jalisco, México. La muestra se integró con mujeres adultas residentes de la cabecera municipal de Guachinango (para conformar el grupo experimental: GE) y de una de sus localidades, llamada La Estanzuela (con las que se constituyó el grupo control: GC). Todas completaron el inventario de Depresión de Beck antes, después y a los cinco meses de la intervención al GE. No hubo diferencias basales en ninguna variable demográfica ni en la sintomatología depresiva entre el GE ($n=27$) y el GC ($n=24$). Al comparar las mediciones basales con las posteriores a la intervención, se encontró un efecto significativo para los cambios en el tiempo ($F=22.7$, $gl=1,50$, $p <0.001$) y de interacción tiempo por GE ($F=5.5$, $gl=1, 50$, $p=0.02$), reflejando una disminución de sintomatología depresiva en el GE al finalizar la intervención y en comparación con el GC, que se mantuvo en el seguimiento. Las intervenciones psicológicas breves impartidas por personal de salud lego en psicoterapia con entrenamiento breve resultan efectivas para el manejo de síntomas depresivos en mujeres que habitan zonas rurales en México.

Palabras clave: atención comunitaria, mujeres, depresión, psicoterapia, intercambio de tareas.

Abstract

Depression constitutes a public health problem, particularly for women. Furthermore, although effective interventions exist in Mexico and other similar countries, their accessibility is markedly scarce in rural areas with a lack of mental health professionals. This work

evaluated the effectiveness of a brief psychological intervention taught by a medical intern previously trained by a certified psychotherapist, to reduce depressive symptoms in women who live in rural areas of the State of Jalisco, Mexico. The sample was made up of adult women residents of the municipal seat of Guachinango (to incorporate the experimental group: EG) and of one of its towns, called La Estanzuela (with which the control group was formed: CG). All completed the Beck Depression Inventory before, at the end and five months after the EG intervention. There were no baseline differences in any demographic variable or in depressive symptoms between the EG ($n=27$) and the CG ($n=24$). When comparing baseline measurements with those after the intervention, a significant effect was found for changes over time ($F=22.7$, $df=1,50$, $p <0.001$) and for time by EG interaction ($F=5.5$, $df=1,50$, $p=0.02$), reflecting a decrease in depressive symptoms in the EG at the end of the intervention and in comparison with the CG, which was maintained at follow-up. Brief psychological interventions taught by briefly trained lay on psychotherapy health personnel are effective for the management of depressive symptoms in women living in rural areas in Mexico.

Keywords: community care, women, depression, psychotherapy, task shifting.

Introducción

La depresión constituye uno de los problemas prioritarios de salud mental pública en México. Su alta prevalencia y la discapacidad que ocasiona (Medina-Mora *et al.*, 2003) la sitúan entre las condiciones con mayor carga de enfermedad. Para el 2021, y ante el incremento de su incidencia debido a la contingencia por COVID-19, la depresión se situó como la tercera condición con mayor carga de enfermedad (Medina-Mora *et al.*, 2023).

De acuerdo con la más reciente clasificación de trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión constituye un tipo de estado de ánimo caracterizado por tres grupos de síntomas: neurovegetativo (como las alteraciones en el sueño y el

apetito, y la fatiga), afectivo (como el ánimo depresivo y la pérdida de intereses o placer) y cognitivo-conductual (como la dificultad para concentrarse o sostener la atención, y las creencias de minusvalía). Para establecer el diagnóstico de un episodio depresivo se requieren al menos cinco de estos síntomas, incluyendo al menos uno del grupo afectivo. Se estima que alrededor del 5% de adultos cubren los criterios diagnósticos para depresión (Robles *et al.*, 2024).

Históricamente, tanto en México como en el resto del mundo, la depresión es un problema de salud mental más frecuente en las mujeres que en los hombres (con la mayoría de las estimaciones señalando el doble de prevalencia a lo largo de la vida). Esto se ha explicado ante la presencia de factores de riesgo tanto biológicos como psicosociales, con lo que su tratamiento costo-efectivo habría de incluir una combinación de manejo farmacológico, psicoterapia y manejo de caso (Lara-Muñoz *et al.*, 2010).

Aun cuando se dispone de intervenciones efectivas, la brecha de atención de la depresión en México es aún muy amplia (Borges *et al.*, 2020). Esto urge, entre otras acciones, a la implementación de modelos de salud mental comunitaria que acerquen los servicios a las personas que los requieren (Dodge *et al.*, 2024).

Ante la escasez de profesionales de la salud mental (Organización Panamericana de la Salud, 2023) se han desarrollado modelos de atención comunitaria en salud mental para la dispensa de tratamiento por parte de personal de salud no especializado en salud mental que se encuentre disponible en cada contexto (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Para ello, resulta indispensable la generación de guías y manuales de intervenciones basadas en evidencia que puedan adaptarse a contextos y poblaciones específicas. Un ejemplo de ello son las guías mhGAP (por las siglas de: mental health gap guidelines) de la propia OMS, que contemplan el uso de las técnicas farmacológicas y psicoterapéuticas basadas en evidencia para el manejo de la depresión por parte de legos en salud mental con previa capacitación (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Entre las intervenciones psicoterapéuticas basadas en evidencia para el tratamiento de la depresión destacan, en tanto su efectividad para modificar los factores psicosociales relacionados con su precipi-

tación y mantenimiento, aquellas emanadas desde la perspectiva cognitivo conductual, como la terapia cognitiva para la depresión (Beck *et al.*, 2024).

En México, el personal sanitario especializado en salud mental disponible en la mayoría de las zonas rurales y alejadas de los servicios especializados es el estudiante de medicina en prácticas (pasante de medicina) y los médicos generales, lo que los convierte en un valioso recurso humano para la atención comunitaria de trastornos mentales comunes como la depresión. En otros países, hace décadas que la consejería psicológica en dispositivos de atención primaria a la salud ha venido implementándose y demostrando efectividad para lograr cambios positivos, como la reducción del número de consultas, el aumento en satisfacción de los usuarios (Anderson & Hasler, 1979; Harray, 1975; Waydenfeld & Waydenfeld, 1980) y la mejoría significativa de síntomas psicológicos y problemas psicosociales (Rowland *et al.*, 2001). Además, de acuerdo con Keithley y Marsh (1995) los consejeros y los practicantes generales creen que la consejería es una herramienta útil y la mayoría de los pacientes reportan que les ha sido de ayuda.

En esta dirección, el presente trabajo tiene por objetivo evaluar la efectividad de una intervención psicológica grupal, breve, manualizada (descrita a detalle en un texto para el interventor) y cognitivo conductual impartida por un pasante de medicina con capacitación breve, para disminuir sintomatología depresiva en mujeres que habitan zonas rurales.

Esta intervención consistió en un programa terapéutico fundamentado en los principios de la psicoterapia cognitivo conductual. Las técnicas empleadas fueron aquellas que han demostrado ser efectivas para prevenir y/o tratar la depresión (Beck *et al.*, 2024) y están contempladas por tanto en las guías mhGAP de la OMS: información, auto monitoreo y auto registro de pensamientos, emociones y conductas, auto reforzamiento, planeación y ensayo conductual de actividades que impliquen logro y/o placer, detención, debate y modificación de pensamientos automáticos e irracionales relacionados con depresión, y asignación de tareas para casa. La dinámica general de las sesiones fue: a) Encuadre, b) Revisión de tareas para casa, c) Entrega de apartado de sesión del manual para las usuarias, d) Exposición de objetivos

y actividades de la sesión, e) Desarrollo de actividades propias de la sesión, f) Asignación de tarea para casa, g) Despedida.

El manual para la usuaria se elaboró en lenguaje sencillo, sin tecnicismos, redactado de una manera objetiva, y se divide en cinco apartados, correspondientes a las sesiones terapéuticas. La primera sesión tiene como propósito la presentación del grupo y del facilitador, la solución de las expectativas de la intervención, la descripción de reglas de grupo, la definición de la depresión, y la evaluación inicial de sintomatología depresiva. De la segunda a la cuarta sesión se implementan las técnicas específicas, comenzando con los componentes conductuales (auto monitoreo de conductas positivas no reforzadas y de su auto reforzamiento), y finalizando con los cognitivos (identificación y modificación de pensamientos relacionados con la depresión). La última sesión consta de un repaso, solución de dudas, evaluación de sintomatología depresiva, y despedida.

Método

El presente estudio es de tipo experimental, longitudinal (pre-post-seguimiento), comparativo de dos grupos (casos y controles), con al menos 20 participantes por grupo a fin de detectar una diferencia grande a muy grande ($d = .80$ o más) con un nivel de confianza de $\alpha = .05$ (Cohen, 1988).

Participantes

Las mujeres elegibles para participar en el estudio tenían entre 18 y 60 años, sabían leer y escribir, y habitaban en una de dos zonas rurales del estado de Jalisco, México: la cabecera del municipio de Guachinango, Jalisco y en una de sus localidades, llamada La Estanzuela. Como criterios de exclusión se previó la presencia de ideación suicida que requiriera referencia a intervención psiquiátrica de emergencia, lo que afortunadamente no ocurrió en ningún caso. Esta se evalúo con el reactivo 9 del Inventory de Depresión de Beck (1961), considerando como respuesta afirmativa la puntuación 2= Me gustaría

matarme y 3= Me mataría si tuviera la oportunidad. Como criterios de eliminación se previó el abandono del tratamiento psicológico o no completar los cuestionarios de evaluación, lo que tampoco ocurrió en ningún caso.

Instrumentos

Las variables sociodemográficas se registraron en un formato *ad hoc*; estas incluyen: edad, escolaridad, estado civil, ocupación, número de hijos, migración de pareja o hijos, ocupación de la pareja, apoyo económico, tipo de vivienda (propia, rentada, prestada), y sucesos negativos en los últimos seis meses frecuentemente relacionados con la precipitación de depresión en mujeres (muerte de familiar, accidente o enfermedad propia o abandono de pareja).

La sintomatología depresiva se evaluó mediante el *Inventario de Depresión de Beck* (1961). Este es un instrumento auto aplicable que consta de 21 reactivos, cada cual con opciones de respuesta acordes con el espectro de gravedad de la categoría sintomática y conductual evaluada. Exceptuando los reactivos 14 y 20, que tienen 3 opciones de respuesta, el resto de los reactivos tienen 4 opciones de respuesta. En todos los casos la gravedad de los síntomas va incrementando conforme al puntaje (de 0 a 2 para los reactivos 14 y 20, y de 0 a 3 para el resto). Así, el rango posible de puntuación va de 0 a 61, en donde 5-7 puntos indican sintomatología depresiva leve, 8-15 sintomatología moderada, y 16 o más sintomatología grave (Edelstein *et al.*, 2010). El instrumento ha demostrado validez y confiabilidad aceptables en poblaciones clínicas y generales, con coeficientes de validez concurrente y confiabilidad *test-retest* en un rango de 0.77 a 0.90 (Edelstein *et al.*, 2010). La versión en español que se utiliza en el presente estudio se ha comportado psicométricamente de manera similar a la versión original, con puntos de corte para depresión clínicamente relevante de 14, 16 y 18.5 puntos para una sensibilidad entre 86-92% y una especificidad entre 86-98.2% (Suárez *et al.*, 1997; Torres *et al.*, 1991; Vega *et al.*, 2014), así como adecuada validez concurrente (0.83 con la subescala de depresión del HADS; Suárez *et al.*, 1997).

Procedimiento

El pasante de medicina (J.C.P. en el momento del estudio) invitó indistintamente a participar en el estudio a 80 mujeres de las localidades en donde se llevó a cabo este trabajo. Se trató de un muestreo por conveniencia en tanto que la invitación se realizó por medio de carteles en los centros de salud o por conferencia personal con las pacientes o acompañantes de las pacientes al centro de salud en donde J.C.P. se encontraba haciendo su servicio social. Las que habitaban en la cabecera municipal de Guachinango y asistían al centro de salud de esa localidad conformarían el grupo experimental (GE) y las que habitaban en La Estanzuela y asistían al centro de salud de esa localidad conformarían el Grupo Control (GC).

La información en carteles o personal que se daba a todas las potenciales participantes, sea que fueran consideradas para el GE o para el GC, fue la misma: se les invitaba a llevar a participar en un estudio de utilidad de un tratamiento psicológico para la depresión en grupos pequeños de mujeres; solo que para el caso de aquellas que habitaban en La Estanzuela y eran por tanto potenciales integrantes del GC se explicó que habría tres evaluaciones anteriores a recibir la intervención, en lugar de una evaluación como se hizo con las potenciales integrantes del GE. Así, se consideraron más bien como grupo en lista de espera, pues al final del estudio se les proporcionó gratuitamente la intervención a todas aquellas integrantes del GC que así lo desearan.

Indistintamente del grupo al que entrarían, todas las mujeres que aceptaron participar leyeron y firmaron una carta de consentimiento informado y completaron los instrumentos de evaluación antes, después y a los cinco meses de que el GE recibiera la intervención. Esta fue impartida por el propio pasante de medicina tras un entrenamiento de cuatro horas y con base en manuales para el facilitador y las usuarias. El entrenamiento no pretendía ser uno exhaustivo en terapia cognitivo conductual, por lo que se aclaró al pasante que no le acreditaba como terapeuta. Se trató más bien de una capacitación en la implementación de técnicas específicas de acuerdo con los

manuales para terapeuta y usuarias que contenían explicaciones precisas, ejemplos y ejercicios prácticos que habrían de llevarse a cabo a cabalidad. Así, en las cuatro horas de entrenamiento se hizo una revisión exhaustiva de los manuales y se practicó su implementación en juegos de roles con la propia facilitadora (R.R.G, en ese entonces maestra en psicología clínica con especialidad en psicoterapia cognitivo conductual).

La intervención se realizó en grupos de intervención no más de 10 participantes, y duró 5 sesiones semanales de dos horas cada una, con lo que concluyó en el lapso de un mes. Posteriormente, los datos de los grupos de intervención se analizaron como un solo grupo (GE).

Análisis estadístico

Los datos fueron capturados y analizados en el paquete estadístico SPSS X para Windows, PC. Se describió a la muestra con medidas de tendencia central y dispersión en caso de variables continuas, y con frecuencias para las categóricas. Como prueba de hipótesis se empleó un análisis multivariado de varianza de medidas repetidas para comparar las puntuaciones en el inventario de depresión de Beck antes, al final y a los tres meses de la intervención entre los dos grupos. Esto a fin de determinar tanto la interacción por tiempo intra-sujetos (evaluaciones pre, post y de seguimiento) en cada uno de los grupos de estudio (GC y GE), como la interacción por grupo o inter-sujetos, es decir, si existen diferencias estadísticamente significativas de la variable dependiente entre los GC y GE; y en tanto que se cumplieron los requisitos para esta prueba paramétrica (variable dependiente cuantitativa y con distribución normal en la muestra).

Consideraciones éticas

Este estudio cumplió los lineamientos éticos internacionales y nacionales para investigación en humanos contenidos en la Declaración de Helsinki y la Ley Mexicana para investigación en materia de salud. El

protocolo, consentimiento informado y materiales del estudio fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Jalisciense de Salud Mental, Secretaría de Salud Jalisco, México. Al finalizar la intervención en el GE, esta se ofreció e impartió de manera gratuita al GC.

Resultados

El total de participantes que aceptaron participar en el estudio completaron todas las evaluaciones requeridas, sea que pertenecieran al GE o al GC, y las que integraron el GE asistieron a todas las sesiones de intervención. La muestra total del estudio estuvo compuesta por 52 mujeres, 28 de las cuales integraron el GE y 24 el GC.

En la Tabla 1 se muestran las características socio demográficas y las puntuaciones en sintomatología depresiva iniciales de ambos grupos. Destaca que no hubo diferencias clínica ni estadísticamente significativas en ninguna de estas variables entre los grupos. Como puede observarse, en ambos grupos la edad de las mujeres participantes fue de aproximadamente 30 años, tenían una escolaridad equivalente a la primaria completa, una tercera parte se dedicaba al hogar, y más de la mitad tenía pareja dedicada al campo. En ambas comunidades de estudio destaca además la frecuente migración de la pareja e hijos (en ambos grupos fue entre 8 y 14%). Alrededor de la mitad de las mujeres refirió recibir apoyo económico de su pareja y una tercera parte reportó tener casa propia. Las puntuaciones promedio iniciales en ambos grupos ($GE= 20.82+9.80$, $GC= 21.25+11.66$) indicaron la presencia de sintomatología depresiva grave y clínicamente relevante de acuerdo con los criterios internacionales y nacionales de interpretación del instrumento (Edelstein *et al.*, 2010; Suárez *et al.*, 1997; Torres *et al.*, 1991; Vega *et al.*, 2014).

Tabla 1
Variables sociodemográficas y clínicas en los grupos de estudio

Variable	GE (n=28)	GC (n=24)	Prueba de Comparación	
Edad, media + desviación estándar (DE)	33.82+2.18	30.62+2.27	$T=1.01$	$p=.31$
Escolaridad, media + DE	6.75+1.95	7.20+2.32	$T=-.77$	$p=.44$
Estado Civil: Con pareja, <i>n</i> (%)	19 (67.85)	12 (50)	$X^2=1.71$	$p=.25$
Ocupación: Hogar, <i>n</i> (%)	22 (78.57)	18 (75)	$X^2=.09$	$p=1.00$
Hijos, media + DE	1.67+2.4	1.70+1.94	$T=-.04$	$p=.96$
Ocupación pareja: Campesino, <i>n</i> (%)	11 (57.89)	7 (58.33)	$X^2=.58$	$p=.45$
Migración de pareja, <i>n</i> (%)	4 (14.28)	2 (8.33)	$X^2=.44$	$p=.41$
Migración de hijos, <i>n</i> (%):	4 (14.28)	3 (12.5)	$X^2=.03$	$p=1.00$
Apoyo económico, <i>n</i> (%)	16 (57.14)	11 (45.83)	$X^2=.66$	$p=.57$
Casa propia, <i>n</i> (%)	8 (28.57)	9 (37.5)	$X^2=.46$	$p=.56$
<i>Sucesos negativos en los últimos seis meses</i>				
Accidente o enfermedad propia	4 (14.28)	6 (25)	$X^2=.95$	$p=.48$
Muerte de familiar	8 (28.57)	9 (37.5)	$X^2=.46$	$p=.56$
Abandono de pareja	0	2 (8.33)	$X^2=2.42$	$p=.20$
Sintomatología depresiva Inicial, media + DE	20.82+9.80	21.25+11.66	$T=-.14$	$p=.88$

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 2 se presentan las puntuaciones de sintomatología depresiva al inicio, al final y a los cinco meses de intervención en ambos grupos. Destaca que la sintomatología depresiva del GE se redujo significativamente al final de la intervención (de 20.8 ± 9.9 a 10.2 ± 9.8), y que esta mejoría perduró en el seguimiento a cinco meses (donde se registró un promedio de 11 ± 10.3). Además, la reducción de sintomatología fue claramente mayor en el GE en comparación con el GC ($p=0.02$).

Tabla 2*Sintomatología depresiva entre grupos al inicio, final y a cinco meses de la intervención*

Grupo	Sintomatología Inicial	Sintomatología Final	Sintomatología a 5 meses	Comparación de Medias
Experimental (GE) <i>n</i> = 27	20.8 ± 9.9	10.2 ± 9.8	11 ± 10.3	Tiempo: $F=22.7$ (1,50) $p=<.001$
Control (GC) <i>n</i> = 25	21.2 + 11.4	18.4 ± 13.8	17.9 ± 13.9	Grupos: $F=5.5$ (1,50) $p=0.02$

Fuente: elaboración propia.

Discusión y conclusiones

Los resultados del presente estudio demuestran que una intervención psicológica grupal, breve, manualizada y cognitivo conductual impartida por un pasante de medicina con capacitación breve, es factible de ser implementada y efectiva para disminuir sintomatología depresiva grave y de importancia clínica en mujeres mexicanas que habitan zonas rurales. La reducción de sintomatología depresiva que las participantes de intervención (GE) fue de 10 puntos en promedio en *Inventario de Depresión de Beck* (1961), lo que implicó que pasaran de una intensidad de síntomas grave indicativa de la presencia de un trastorno depresivo, a una moderada muy por debajo del punto de corte para establecer el diagnóstico de un cuadro de depresión (Suárez *et al.*, 1997; Torres *et al.*, 1991; Vega *et al.*, 2014). Además, este efecto se mantuvo en el seguimiento a los seis meses de la intervención, y no se observó en el grupo de comparación que no recibió la intervención (GC). En el GC, las participantes del estudio registraron una disminución de menos de 3 puntos en el *Inventario de Depresión de Beck* (1961), lo que no implica un cambio clínico ni estadísticamente significativo en su condición, que permaneció en intensidad grave.

Estos resultados son congruentes con los estudios empíricos de efectividad de la intervención cognitivo conductual para la depresión en adultos previamente reportados. El metaanálisis de Cuijpers *et al.* (2023) de 409 estudios en los que el 40.7% la intervención se administró durante más de 12 sesiones, el tamaño del efecto medio indi-

cando una diferencia general entre los grupos experimental y control después del tratamiento fue de moderado a grande ($g=.79$), y que su efectividad se mantuvo en el seguimiento a 6-9 meses ($g=0.74$).

Así, la evidencia de este estudio sugiere la posibilidad de que los pasantes de medicina incorporen a sus actividades asistenciales la identificación y manejo basado en evidencia de la depresión femenina. Así también que tras un breve entrenamiento se encontrarían en posibilidades de impartir una intervención psicológica manualizada, breve y grupal de manera efectiva para disminuir los síntomas depresivos de mujeres que habitan zonas rurales de México; por lo que resulta relevante continuar con los esfuerzos de capacitación e implementación de métodos de identificación y atención de trastornos mentales comunes por parte de personal de la atención primaria a la salud (Aldana *et al.*, 2024; Robles *et al.*, 2019), con la intención última de resolver la enorme brecha de atención y carga de enfermedad que ocasionan (Medina-Mora *et al.*, 2023).

Sin embargo, se juzga necesario la replicabilidad del presente estudio en una muestra amplia y representativa de médicos en servicio social para resolver las limitaciones al respecto que llaman a la cautela en la generación de los resultados. Además, se recomienda el uso de instrumentos diagnósticos y no solo de cuestionarios dirigidos a evaluación de gravedad de sintomatología, como se hizo en este estudio. Esto es, utilizando entrevistas estructuradas para la confirmación del diagnóstico que arroja las pruebas de tamizaje y gravedad de síntomas (como el Inventario de Depresión de Beck) (Páez & Nicolini, 1996). Finalmente, se hace necesario hacer un seguimiento a mediano y largo plazo del mantenimiento de los cambios de la intervención sobre la sintomatología depresiva, así como la evaluación de su impacto positivo en la funcionalidad y calidad de vida de la población atendida.

Este estudio en una muestra de mujeres mexicanas que son atendidas en centros de salud de zonas rurales demuestra la factibilidad de implementación y la utilidad para la reducción significativa de sintomatología depresiva grave, de una intervención psicológica breve y grupal basada en técnicas cognitivo-conductuales y aplicada por un pasante de medicina tras un entrenamiento en el uso de manuales específicos para el facilitador y la usuaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento específico para la realización de este estudio.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

Referencias

- Aldana, J.A., Serrano, M.R., Páez, N., Chávez, A.V., Flores, A., Blanco, J.A., Jarero, C.A. & Carmona, J. (2024). Impact of a social media-Delivered Distance Learning Program on mhGAP Training Among Primary Care Providers in Jalisco, Mexico. *BMC Medical Education*, 24, 965. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05950-w>
- Anderson, S., & Hasler, J. C. (1979). Counselling in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29(203), 352-356. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2159196/>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, N., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2024). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Benjet, C., Cia, A., Kessler, R. C., Orozco, R., Sampson, N., Stagnaro, J.C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2020). Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e53. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000477>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, second edition*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: A comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22(1), 105-115. <https://doi.org/10.1002/wps.21069>
- Dodge, K. A., Prinstein, M. J., Evans, A. C., Ahuvia, I. L., Alvarez, K., Beidas, R. S., Brown, A. J., Cuijpers, P., Denton, E.G., Hoagwood, K. E., Johnson, C., Kazdin, A. E., McDanal, R., Metzger, I. W., Rowley, S. N., Schleider, J., & Shaw, D. S. (2024). Population mental health science: Guiding principles

- and initial agenda. *American Psychologist*, 79(6), 805-823. <https://doi.org/10.1037/amp0001334>
- Edelstein, B., Drozdick, L. W., & Ciliberti, C. M. (2010). Chapter 1. Assessment of Depression and Bereavement. En: P. A. Lichtenberg (ed). *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology* (Second Edition). San Diego, CA: Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374961-1.10001-6>
- Harray, A. S. (1975). The role of the counsellor in a medical center. *The New Zealand Medical Journal*, 82(553), 383-385. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1062720/>
- Keithley, J. & Marsh, G. (1995). *Counselling in Primary Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Lara-Muñoz, M. D. C., Robles-García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., & Medina-Mora, M. E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental*, 33(4), 301-308. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58216022001>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
- Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Rafful, C., Cordero, M., Bishai, J., Ferrari, A., Santomauro, D., Benjet, C., Borges, G., & Mantilla-Herrera, A. M. (2023). Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021. *Gaceta Médica de México*, 159(6), 527-538. <https://doi.org/10.24875/GMM.23000376>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Atlas de salud mental de las Américas 2020*. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58886>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. Washington, D.C.: OPS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>
- Páez, F., & Nicolini, H. (1996). Las entrevistas para el diagnóstico clínico en psiquiatría. *Salud Mental*, 19(Supl 2), 19-25.
- Robles, R., Fresán, A., & Ayuso-Mateos, J. L. (2024). Depressive disorders. En: G. M. Reed, P. L. J. Ritchie, M. A., & Rebello, T. J. (Eds.). *A psychological approach to diagnosis: Using the ICD-11 as a framework*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000392-001>

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Salud Mental en la Comunidad, segunda edición*. Washington, D.C.: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51463>

Robles, R., López-García, P., Miret, M., Cabello, M., Cisneros, E., Rizo, A., Ayuso-Mateos, J.L. & Medina-Mora, M.E. (2019). WHO-mhGAP training in Mexico: increasing knowledge and readiness for the identification and management of depression and suicide risk in primary care. *Archives of Medical Research*, 50(8), 558-566. <https://doi.org/10.1016/j.arc-med.2019.12.008>

Suárez-Mendoza, A., Cardiel, M., Caballero-Uribe, C., Ortega-Soto, H., & Márquez-Marín, M. (1997). Measurement of Depression in Mexican Patients with Rheumatoid Arthritis: Validity of the Beck Depression Inventory. *Arthritis Care and Research*, 10(3), 194-199. <https://doi.org/10.1002/art.1790100307>

Torres, A., Hernández, E., & Ortega, H. (1991). Validez y reproducibilidad del inventario para Depresión de Beck. *Salud Mental*, 14, 1-6. <http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/5568>

Vega-Dienstmaier, J. M., Coronado-Molina, O., & Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista de neuro-psiquiatría*, 77(2), 95-103.

Waydenfeld, D. y Waydenfeld, S. (1980). Counseling in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 30, 671-677. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7463405/>