



Evaluación de un modelo de atención psicológica en una clínica universitaria, basado en evidencias

Evaluation of a model of psychological care in a university clinic, based on evidence

Antonio Tena-Suck*, Paola Colunga-Serralde*, Juan Carlos Hurtado-Vega*, Miriam Barajas-Márquez**
Universidad Iberoamericana Ciudad de México*
Universidad Nacional Autónoma de México**

Citación | Tena-Suck, A., Colunga-Serralde, P., Hurtado-Vega, J. C., Barajas-Márquez, M. (2021). Evaluación de un modelo de atención psicológica en una clínica universitaria, basado en evidencias. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(2), 162-172.

Artículo recibido 1-02-2021; aceptado el 19-04-2021; publicado 01-09-2021.

DOI: <https://doi.org/10.62364/qpx5bb89>

Resumen

En la presente investigación se buscó probar, en una clínica universitaria especializada en atención psicológica a trabajadores, el efecto de un modelo sistemático de tratamiento para trastornos del estado de ánimo y la promoción del bienestar humano. La muestra estuvo conformada por 107 participantes: 63 mujeres y 44 hombres con una media de edad igual a cuarenta años. El modelo se basa en la detección, orientación y referencia a tratamiento, esta intervención tuvo una duración de ocho sesiones con un modelo pre-experimental para dos muestras relacionadas, y los resultados se calcularon a través de una prueba T de Student para muestras relacionadas. Los resultados arrojaron diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación pre-test y post-test, encontrando una reducción en la sintomatología depresiva, ansiosa y el malestar psicológico en general.

Palabras clave | atención psicológica, modelo de intervención, psicoterapia, clínica universitaria, bienestar psicológico

Abstract

The object of this research was to test, in a university clinic, the application of a systematic model of psychological interventions to attend mood disorders and human wellness in employees. The sample consisted of 107 participants: 63 women and 44 men with an average age equal to forty years. The model is based on the detection, guidance, and reference to the treatment, the intervention lasted eight sessions with a pre-experimental design for two related samples. The results were calculated through a Student T-test for related samples. Statistically significant differences were found in the

* Correspondencia: antonio.tena@ibero.mx Departamento de Psicología. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México. Prolongación Paseo de la Reforma # 880 Lomas de Santa Fe. CDMX CP. 01219 tel. 91774400 ext. 7478.

** Universidad Nacional Autónoma de México. Centro de Ciencias de la Complejidad. Circuito Mario de la Cueva 20, Insurgentes Cuicuilco, Ciudad de México, D.F., México. tel. 56226730. email: miriamwen.bm@hotmail.com

results obtained between the pre-test and post-test evaluation. The results were the reduction of depressive symptoms, anxiety symptoms and general psychological discomfort.

Keywords | psychological care, intervention model, psychotherapy, university clinic, psychological well-being

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), plantea que la salud mental individual está determinada por una variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales, por ejemplo: las urgencias socioeconómicas constantes constituyen un riesgo para la salud mental de las personas y las comunidades. La mala salud mental también está relacionada con los cambios sociales vertiginosos, con las condiciones laborales estresantes, con la discriminación por género, con la exclusión social, con los modos de vida poco saludables, con la violencia, con la mala salud física y con las violaciones de los derechos humanos. Existe también una importante correlación entre los factores de vida estresantes, la discriminación, la opresión y la pobreza, con los problemas de salud mental (Foss-Kelly et al., 2017). Incluso, se ha encontrado que los temas clave de injusticia, racismo, sexismo, y otras formas de opresión afectan de manera negativa a la neurogénesis y a la plasticidad cerebral, no sólo en menores sino también en adultos (Zalaquett y Ivey, 2018).

Los trastornos mentales van aumentando a nivel mundial, de acuerdo a la OMS (2018): durante los últimos 20 años, el número de personas con depresión o ansiedad se ha incrementado en un 50%; específicamente en México, el 12% de la población padece algún trastorno mental, y el 50% de dichos trastornos inicia antes de los 21 años (Medina-Mora et al., 2015). Por su parte, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) proyectó que en el año 2020 la mitad de la población mundial padecería depresión. En el mismo estudio se señala que México es un país con depresión al alza y presupuesto de salud destinado para beneficiar a las personas con discapacidad psicosocial a la baja, ya que únicamente se emplea 2% de dicho presupuesto para su atención (Méndez, 2019); abundando en el tema, la OMS asegura que los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y a la productividad. Los trastornos por depresión y por ansiedad cuestan anualmente a la economía mundial US \$1 billón en pérdida de productividad (OMS, 2017).

A pesar de la importante carga de malestares que representan los trastornos mentales y la presencia de tantos factores de riesgo social relacionados, los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Borges et al., 2006), demuestran que solamente un número reducido de la población afectada por éstos hace uso de los servicios adecuados y la atención especializada en salud mental.

La importancia de la intervención terapéutica en el ámbito laboral

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016), los factores de riesgo psicosocial han influido en el crecimiento de nuevos tipos de enfermedades en trabajadores y profesionistas. La misma la OIT señala que el centro de trabajo es una fuente importante de estos riesgos y, al mismo tiempo, es el lugar idóneo para tratarlos, proteger la salud y el bienestar de los trabajadores. En el caso de los empleados de centros universitarios, se ha observado que aquellos que experimentan un alto estrés laboral no suelen emprender conductas saludables, además de que usualmente tienen reportes de disminución en su desempeño laboral.

Aunque muchos lugares de trabajo han establecido programas para aumentar la salud psicosocial de sus empleados (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 2018), existe una crítica hacia esos programas, consistente en que no suelen seguir los estándares de buenas prácticas existentes al respecto, incluyendo la falta de evaluación de necesidades de sus empleados. Los datos sugieren que los servicios de atención a la salud en el lugar de trabajo llegan a gente que tiene problemas mentales en una etapa más temprana de la enfermedad, a diferencia de lo que sucede en los sistemas de salud mental tradicionales. Por lo tanto, los cuidados psicoterapéuticos brindados en escenarios laborales pueden ser considerados como una forma efectiva y temprana de atención a la salud mental.

Por otra parte, las consultas psicoterapéuticas llevadas a cabo en el mismo lugar donde trabajan los pacientes, han sido establecidas como parte de los programas para promover la salud mental en los lugares de trabajo y son bien aceptadas por los mismos trabajadores. Aunque el ambiente del lugar de trabajo es considerado por muchos expertos como un escenario adecuado para intervenciones psicosociales, se señala que hoy en día no existe una suficiente cantidad de estudios sobre la efectividad de tales intervenciones.

En ese sentido, se han encontrado importantes factores que determinan las maneras en que las intervenciones en el lugar de trabajo mejoran los escenarios de discapacidad laboral, a saber: a) facilidad en el acceso a tratamientos clínicos de salud, y b) disponibilidad de intervenciones psicoterapéuticas que tienen su sede en los mismos lugares de trabajo.

Bajo esta línea, trabajos previos (Newman et al., 2011; Shapiro et al., 1994), establecen la duración de la terapia psicológica breve en ocho o menos sesiones, encontrándose además que las intervenciones entre seis a ocho sesiones son efectivas para el tratamiento de la depresión, al menos en sus niveles leves y moderados (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2009).

Por lo tanto, los retos a los que se enfrentan las clínicas de atención psicológica en los lugares de trabajo son: brindar una atención inmediata, instrumentar un proceso breve, y al mismo tiempo, atender la salud mental de manera profesional.

Propuesta del modelo SBIRT (DORT)

SBIRT, por sus siglas en inglés, se refiere a Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (en español, DORT: Detección, Orientación y Referencia a Tratamiento), el cual es un enfoque en materia de salud pública para ofrecer intervenciones tempranas a la población que tiene un riesgo considerable de tener problemas por el uso o abuso de sustancias, o para pacientes que ya tengan desarrollado este trastorno (Suneel et al., 2012; Hargraves et al., 2017).

Para la Substance Abuse And Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2012), este modelo tiene seis características principales: 1. La detección y la intervención son breves. 2. La detección es universal pues se basa en métodos estandarizados. 3. Se enfoca a comportamientos específicos. 4. Los servicios ocurren en un entorno de salud pública (por ejemplo, en consultorio de atención primaria). 5. La intervención es integral. 6. Las investigaciones y evidencia respaldan su uso.

El SBIRT, al ser un modelo flexible, se puede aplicar y utilizar en muchos entornos de atención clínica (Agerwala y McCance-Katz, 2012); este modelo ha evidenciado ser efectivo en el abordaje de la depresión, la ansiedad y otras afectaciones de la salud mental (Sweeney, 2020; Agerwala y McCance-Katz, 2012), debido a que es una intervención breve, estandarizada y semiestructurada que integra principios y prácticas informadas, y está basado en la evidencia (Topitzes et al., 2019).

Varios estudios indican que aplicar este modelo puede disminuir los costos en atención a la salud por su enfoque de detección oportuna, puesto que se hacen referencias de pacientes a tratamientos adecuados a sus problemáticas individuales, atenuando las consecuencias e impidiendo la aparición de trastornos más graves, desde el fomento de la consciencia de la enfermedad y promoviendo la motivación al cambio (Suneel et al., 2012; Hargraves et al., 2017).

El modelo SBIRT ya se ha aplicado en un programa de asistencia a trabajadores de instituciones del ámbito universitario que atienden a una población heterogénea que puede o no tener riesgo de padecer algún trastorno mental. La información obtenida por este modelo en una población tan diversa ayuda a la identificación temprana de síntomas que, si no son atendidos oportunamente, pueden convertirse en trastornos mentales (Suneel et al., 2012).

El modelo DORT de la Clínica de Bienestar Universitario (CBU) de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México.

Los pacientes de clínicas de atención psicológica buscan formas de intervención que interfieran lo menos posible con sus actividades laborales cotidianas, ya que de otro modo tardan mucho tiempo en buscar ayuda; cuando finalmente buscan tratamiento, suele ser común que los servicios de salud mental estén saturados, y los pacientes deben ingresar a una lista de espera, lo cual puede disminuir su motivación inicial por buscar un cambio (Young et al., 2008).

El modelo de tratamiento empleado en la Clínica de Bienestar Universitario (CBU) de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, está basado en la estrategia metodológica DORT, en donde, de manera operativa, para efectuar la Detección y la Orientación, se utiliza la primera sesión del consultante (el cual la solicita por su propia voluntad) para realizar un reconocimiento y una evaluación del estado del paciente, cuyos objetivos consisten en identificar rápidamente los casos de mayor gravedad o riesgo, y orientar a los pacientes a tratamiento en el lugar de trabajo, o a la referencia con un especialista externo. En lo que concierne a la referencia, los casos graves tempranamente identificados, son canalizados a instituciones ajenas a la universidad, donde los tratamientos pueden ser más especializados y extensos.

La detección temprana se consigue aplicando tests psicológicos que previamente han sido validados para su uso en México, al mismo tiempo que se realiza una entrevista estructurada-informativa. Con la indagación de la entrevista se recaba una historia clínica; todos estos datos se integran finalmente en un expediente electrónico. Una vez seleccionados los pacientes que no son referidos externamente se procede, junto con ellos, a la propuesta e implementación de un tratamiento terapéutico flexible, adaptado a sus motivos de consulta y a sus circunstancias laborales. De ahí la elección por parte de la CBU, de una modalidad psicoterapéutica de tratamientos breves con una duración de ocho sesiones (1 hora por sesión, 1 vez a la semana), centradas en el motivo de consulta del paciente y basadas en técnicas de solución de problemas, cuya aplicación en el lugar de trabajo implica costos bajos para los consultantes, ahorrando tiempo de traslados y disminuyendo la duración de los tratamientos.

Los tratamientos de la CBU pueden incluir los abordajes teóricos y técnicos de la single session therapy o sesión única (Slive et al., 2008), de la terapia narrativa, de la terapia cognitiva conductual, o de la terapia centrada en soluciones (Young et al., 2008). A continuación, se hará una breve reseña de cada uno de ellos:

A) Single session therapy, cuyo propósito es que se tenga una conversación tan significativa con el paciente, que le resulte en una ayuda inmediata (Young et al., 2008).

- B) Terapia narrativa, la cual propone que las vidas humanas están moldeadas por historias, unas más dominantes que otras, y la intención es encontrar las historias alternativas que les cuenten a los pacientes una versión más amable de ellos mismos (White y Epston, 1990 citado en Young et al., 2008).
- C) Terapia cognitiva conductual, la cual aporta estructura y racionalidad a los pensamientos automáticos de las personas. Está sustentada en la teoría del cambio, que ayuda a entender que la terapia es un proceso que permite establecer objetivos observables y medibles, dando información más objetiva y realista sobre su situación vital a los mismos pacientes.
- D) Terapia centrada en soluciones, la cual propone que no se hable del problema, sino de la generación de ideas alrededor de la solución y de las soluciones ya intentadas anteriormente por el paciente (Iveson, 2002 citado en Young et al., 2008).

El tratamiento en la CBU es de acceso rápido al atender una demanda temprana producida en el mismo lugar de trabajo, de implementación flexible conforme a las particulares condiciones laborales de una gran variedad de trabajadores (administrativos, académicos, de servicio), ofreciendo diversidad de abordajes teórico-técnicos en beneficio del paciente, y también resulta ser económicamente sostenible.

Por todo lo anterior el presente estudio busca probar, por primera vez en una clínica universitaria especializada en atención psicológica a trabajadores de la misma universidad, el efecto de un modelo sistemático de intervenciones basadas en la detección, orientación y referencia a tratamiento de los trastornos mentales que perjudican el funcionamiento biopsicosocial de las personas afectadas, y que es potencialmente replicable en otras universidades en México.

Método

La Clínica de Bienestar Universitario (CBU) de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, ha sido reconocida como un centro de salud desde el año 2018. La instalación cumple una serie de funciones, incluyendo los servicios psicológicos ambulatorios basados en criterios de calidad, eficacia y eficiencia. Normalmente hay tres psicoterapeutas trabajando, quienes tienen una formación en psicología (mínimo cuatro años de estudio), con al menos una maestría (mínimo dos años de estudio adicional), y dos de ellos con doctorado, que acreditan sus especializaciones en evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos.

Participantes

Se analizó una muestra conformada por 107 trabajadores universitarios: 63 mujeres y 44 hombres, con una media de edad igual a cuarenta años. En lo referente a su estado civil, se observa que el mayor porcentaje de la muestra, 43%, corresponde a los casados, seguidos de un 38.3%, correspondiente a los solteros (de entre éstos, un 15% de ellos se encontraba en una relación de noviazgo). Al considerar el nivel de estudios se observó que la mayoría de los participantes contaba con estudios profesionales; específicamente el 32.7% con maestría, 22.4% con licenciatura, y 18.7% con doctorado.

Respecto a la actividad realizada dentro de la universidad, 43% del total de los participantes que asistieron a la Clínica fueron administrativos, 43% profesores (académicos de tiempo completo y académicos de asignatura en partes iguales), y 4.6% pertenecientes al personal de servicio. Mismos que acudieron a la Clínica de Bienestar Universitario en búsqueda de apoyo psicoterapéutico por problemas principalmente emocionales, familiares y laborales, así como por dificultades en su relación de pareja.

Los motivos de consulta inicial fueron, en orden de incidencia, los siguientes: 27% problemas emocionales, 26% problemas de pareja, 18% problemas de familia, 14% problemas físicos, 7% problemas laborales, 8% problemas de sentido de vida.

Diseño

La presente investigación se elaboró con un diseño pretest-postest para un solo grupo, en aras de evaluar cambios sistemáticos y medibles en las formas de intervención. De allí que el análisis de los tratamientos psicoterapéuticos siga un diseño metodológico de tipo preexperimental.

Los datos se recopilaron a través de formularios de tamizaje, formatos de historia clínica, fichas de contacto y escalas de evaluación. Todos los participantes del estudio otorgaron su consentimiento informado para participar en el mismo.

Procedimiento

Se aplicó a cada paciente un tratamiento que consiste en ocho sesiones de intervención psicoterapéutica, de una hora de duración, una vez por semana, centradas en el motivo de consulta expresado por cada sujeto, aplicando técnicas de solución de problemas. Se analizó la efectividad de los tratamientos recibidos y los resultados en las siguientes variables: depresión, ansiedad y la evaluación global de calidad de vida, que incluyó las siguientes subescalas: salud global, salud física, salud psicológica y satisfacción con el ambiente. Al comienzo del estudio, los autores crearon una base de datos que reunía todos los registros arriba señalados, y completaron la información faltante con el expediente clínico de cada paciente, cuando fue necesario.

Materiales e instrumentos

Con el propósito de medir los cambios antes y después de las ocho sesiones de tratamiento, se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001). El PHQ-9 se construyó reuniendo los 9 ítems del módulo de depresión del test PHQ. Es un cuestionario de auto aplicación, diseñado para evaluar el estatus de salud del paciente sobre sensaciones relacionadas con la depresión. Tiene una confiabilidad de .89 de Alpha de Cronbach, y una especificidad del 84%.
2. La Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizado (GAD-7) (Spitzer et al., 2006). Es un cuestionario de 7 ítems de auto aplicación, diseñado para evaluar el estatus de salud del paciente sobre sensaciones relacionadas a la ansiedad. Tiene una sensibilidad de 89% y una especificidad de 82% para detectar el desorden de ansiedad generalizada.
3. Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) (OMS, 1996). Evaluación Global de Calidad de vida. El WHO-QOL BREF se diseñó para usarlo tanto en la población general como en pacientes. Las preguntas que contiene son autoevaluaciones de la calidad de vida. En México se obtuvieron valores α mayores a 0.70 para todas las dimensiones y un α = .895 global (López-Huerta et al., 2017). Está compuesto por 26 ítems que evalúan la calidad de vida global, la salud general y consta de seis dominios: salud física, psicológica, niveles de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión y creencias personales.
4. Formato de consentimiento informado. Es un documento en el que se exponen los objetivos del tratamiento, y se recopila por escrito el consentimiento de los participantes.

Resultados

La calidad de la intervención fue calculada a través de una prueba T de Student para muestras relacionadas. Como se observa en la Tabla 1, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cada una de las variables medidas, con lo que se infiere que los participantes reportaron cambios notables al finalizar la intervención.

Tabla 1

Calidad de la intervención psicoterapéutica en los participantes

	Pretest	Posttest	Media	Desviación	T	Sig.
Calidad de Vida Global	65.61	75.70	-10.93	18.093	-5.771	.000
Satisfacción Salud Global	64.30	74.02	-9.72	18.90	-5.318	.000
Satisfacción Salud	61.47	75.12	-13.654	15.297	-9.233	.000
Salud Física	55.68	69.02	-13.336	15.733	-8.768	.000
Salud Psicológica	47.41	63.8	-16.393	19.440	-8.723	.000
Satisfacción Ambiente	65.09	73.80	-8.710	10.813	-8.332	.000
PHQ-9	.54	.13	.411	.824	5.165	.000
GAD-7	1.21	.31	.897	1.098	8.450	.000

Nota. Esta tabla muestra las diferentes evaluaciones realizadas a 107 participantes en el estudio. N=107.

Como se puede observar en la Figura 1, los niveles de depresión disminuyeron en la muestra general. El porcentaje de depresión severa disminuyó del 2.8% a cero, el porcentaje de depresión intermedia bajó del 10.3% al 1.9%, el porcentaje de depresión moderada disminuyó del 25.2% al 9.3%, mientras que la muestra clasificada dentro del grupo “Sin depresión” se incrementó del 61.7% al 88.8%.

Por otra parte, la Figura 2 muestra los cambios en los niveles de ansiedad para la muestra total de la siguiente forma: el nivel de ansiedad severa disminuyó notablemente, pasando del 15% al 1.9%, el nivel de ansiedad intermedia bajó del 18.7% al 4.7% mientras que el nivel de ansiedad moderada bajó de un 38.3% al 15.9%. Finalmente, el grupo de personas dentro de la categoría “Sin ansiedad” se incrementó significativamente, pasando de un 28% en el pre-test hasta un 77.6% en el post-test.

Discusión

Desde su creación en el 2018, la Clínica de Bienestar Universitario ha experimentado un continuo crecimiento lineal anual en el número de prestaciones asistenciales realizadas, con un total de 364 pacientes atendidos (209 en psicoterapia individual y 155 en intervenciones grupales).

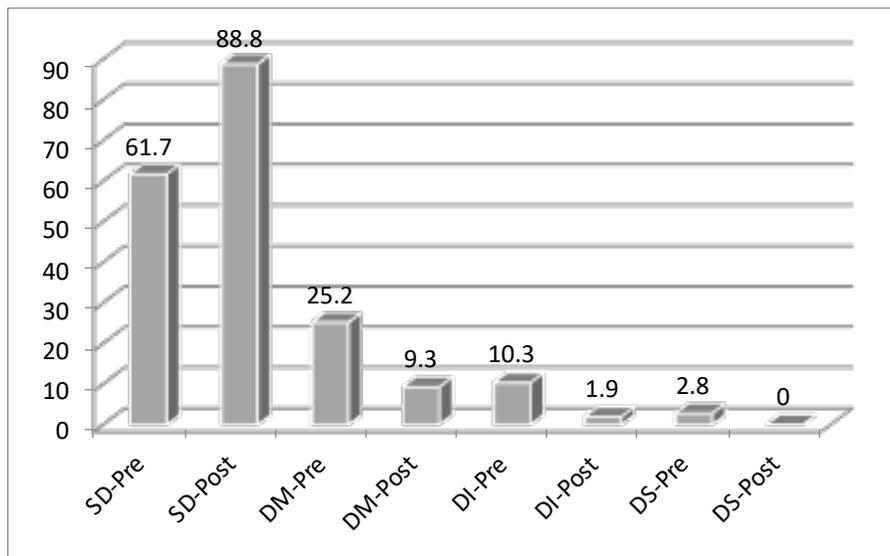
Como ha sido reportado en los resultados del presente estudio, el tratamiento DORT implementado en los 107 integrantes de la muestra de trabajo mostró diferencias estadísticamente signifi-

cativas en cada una de las variables analizadas, registrando mejoría en la totalidad de los pacientes, tal y como se muestra en los datos del postest.

El fácil acceso a los servicios de la clínica de Bienestar Universitario también permite que el paciente inicie su proceso sin tantos obstáculos y pueda ser orientado sobre la salud mental y el tipo de ayuda

Figura 1

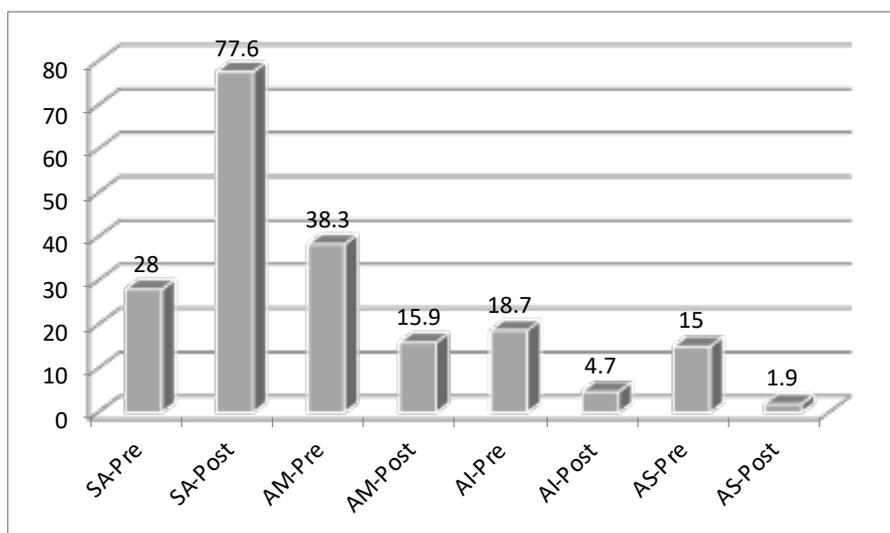
Porcentajes de depresión pre-test - post-test por categorías



Nota. SD= Sin depresión, DM= Depresión Moderada, DI= Depresión Intermedia, DS= Depresión Severa.

Figura 2

Porcentaje de ansiedad pre-test - post-test por categorías



Nota. SA= Sin Ansiedad, AM= Ansiedad Moderada, AI= Ansiedad Intermedia, AS= Ansiedad Severa.

que debe solicitar. La detección temprana de trastornos mentales, realizada por profesionales de la salud mental, permite a los usuarios recibir el tratamiento oportuno.

El hecho de que los tratamientos ocurran en el lugar de trabajo no ha impedido que los colaboradores se acerquen a buscar ayuda (gracias a los protocolos de confidencialidad); seguir una metodología de trabajo breve no ha sido obstáculo para mejorar los índices de severidad en las patologías (como se muestra en los análisis pre-post).

Se han realizado pocos estudios en clínicas universitarias que incluyan la evaluación de la eficiencia del modelo psicoterapéutico utilizado, limitándose sobre todo al análisis de datos demográficos, el motivo de consulta y el diagnóstico final de los pacientes.

Limitaciones y sugerencias

Una de las principales limitaciones del presente estudio fue la falta de un grupo control que permitiera contrastar los cambios antes y después de la intervención en el grupo experimental, en comparación con los puntajes de un grupo que no recibiera la intervención. Sin embargo, esto no fue posible debido a las condiciones en las que opera la CBU, en donde no se permitía dejar a los trabajadores-pacientes sin atención psicológica, por cuestiones de ética. Las limitaciones cualitativas de la investigación derivaron del tipo de estudio, que no permite analizar variables propias del proceso psicoterapéutico, tales como la alianza de trabajo, la empatía, etc.

Como sugerencia se considera importante desarrollar, en el futuro, estudios prospectivos que incluyan análisis de la calidad de los tratamientos implementados en las clínicas psicológicas universitarias.

Referencias

- Agerwala, S. M. y McCance-Katz, E. F. (2012). Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into Clinical Practice Settings: A Brief Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(4), 307-317 <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.720169>
- Borges, G., Medina-Mora, M., Wang, P., Lara, C., Berglund, P. y Walters, E. (2006). Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 163(8), 1371-1378. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1371>.
- Foss-Kelly, L., Generali, M. y Kress, V. (2017). Counseling strategies for empowering people living in poverty: The I-CARE model. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 45(3), 201-213. <https://doi.org/10.1002/jmcd.12074>
- Hargraves, D., White, C., Frederick, R., Cinibulk, M., Peters, M., Young, A. y Elder, N. (2017). Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multipractice evaluation. *Public Health Reviews*, 38(31), 2-11. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0077-0>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. *J Gen Intern Med*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- López Huerta, J., González R. y Tejada, J. (2017). Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación. RIDEP*, 44(2), 105-115. <https://doi.org/10.21865/RIDEP44.2.09>
- Medina-Mora, M., Real, T. y Sarti, J. E. (Eds.). (2015). *La depresión y otros trastornos psiquiátricos*. Academia Mexicana de la Ciencia.
- Méndez, A. (2019, junio, 23) [Segundas Jornadas de Discapacidad Inclusión en Educación Superior]. Recuperado de <https://ibero.mx/prensa/m-xico-con-depresi-n-la-alza-y-presupuesto-la-baja-para-atenderlo-cndh>
- National Institute for Health and Care Excellence NICE (2009). *Depression in adults: the treatment and management of depression in adults*. Recuperado el 28 de enero de 2020 de www.nice.org.uk/guidance/cg90
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J. y Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31(1), 89-103. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.008>
- Organización Internacional del Trabajo (2016). *Boletín Internacional de Investigación Sindical. Riesgos psicosociales, estrés y violencia en el mundo del trabajo*. núm. 1-2. Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/publication/wcms_553931.pdf. http://www.ilo.org/safework/events/courses/WCM-S_126657/lang--en/index.htm
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. World Health Organization. Recuperado el 5 de noviembre de 2018 de http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017-La salud mental en el lugar de trabajo*. World Health Organization. Recuperado el 29 de mayo de 2018 de https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. World Health Organization. Recuperado el 30 de marzo del 2018 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) (2018). *Factores de riesgo psicosocial en el trabajo- Identificación, análisis y prevención*. (NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018) https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (2012). Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHmhfr2011/NSDUHmhfr2011.pdf>
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S. y Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 522-534. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.3.522>

- Slive, A., McElheran, N. y Lawson, A. (2008). How brief does it get? Walk-In Single Session Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 5–22. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.4.5>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Suneel, M., Agerwala, B. y Elinore, F., (2012). Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into Clinical Practice Settings: A Brief Review. *Psychoactive Drugs*, 44(4), 307–317. <https://doi.org/10.1080/02791072.2012.720169>
- Sweeney, G. (2020). *The Effect of the Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment (SBIRT) Model on Adult Depression in an Outpatient Setting*. [Tesis de Doctorado, Grand Valley State University]. https://scholarworks.gvsu.edu/kcon_doctoralprojects/119
- Topitzes, J., Mersky, J. P., Mueller, D. J., Bacalso, E. y Williams, C. (2019). Implementing Trauma Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (T-SBIRT) within Employment Services: A Feasibility Trial. *American Journal of Community Psychology*, 64(3–4), 298–309. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12361>
- Young, K., Dick, M., Herring, K. y Lee, J. (2008). From Waiting Lists To Walk-In: Stories from a Walk-In Therapy Clinic. *Journal of Systemic Therapies*, 27(4), 23–39. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.4.23>
- Zalaquett, C. P. y Ivey, A. E. (2018). The role of neuroscience in advancing social justice counseling. En C. C. Lee (Ed.), *Counseling for social justice* (pp. 191-203). American Counseling Association Foundation.