

# Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor



CARMELO VÁZQUEZ  
MARTA NIETO  
LAURA HERNANGÓMEZ  
GONZALO HERVÁS

## 9.1. ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN

Tanto el estado de ánimo deprimido como lo que se entiende por depresión son extraordinariamente comunes. De las revisiones efectuadas sobre estudios epidemiológicos en población general se concluye que, en términos de prevalencia de seis o 12 meses, aproximadamente un 6,5 por 100 de la población presenta un trastorno depresivo mayor y un 3,3 por 100 presenta un cuadro de distimia. Las cifras de prevalencia vital están en torno a un 16 y un 3,6 por 100, respectivamente (Bland, 1997; Vázquez et al., en prensa; Wittchen et al., 1994). Otro dato de interés en la clínica es que la duración de los episodios es de unos cuatro-cinco meses (aunque en un 10-20 por 100 de los pacientes la duración es de más de dos años), lo que sugiere la necesidad de emplear medidas de seguimiento continuadas.

Quizás es menos conocido que, teniendo en cuenta su duración, sus efectos psicosociales, su mortalidad y la amplia extensión del problema, la depresión es el problema mental más incapacitante y con mayores costes económicos y de sufrimiento personal asociados. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que en la actualidad es el cuarto problema sanitario del mundo y en el año 2020 ocupará, tras las cardiopatías isquémicas, el segundo lugar de este escalafón de prioridades (OMS, 2001).

Una parte sustancial del problema es que la depresión es un trastorno más recurrente y con mayores recaídas de lo que se creía. En su conjunto, un

75 por 100 de los pacientes tendrán al menos un segundo episodio en el curso de sus vidas (Kessler et al., 1997). Además, el problema no es sólo estadístico o epidemiológico: en cada recaída o en cada aparición de un nuevo episodio (recurrencia) el problema agrava progresiva y acumulativamente el funcionamiento psicosocial y se derivan mayores necesidades asistenciales (por ejemplo, se incrementa el número de consultas médicas y el consumo de fármacos y psicofármacos). Por otro lado, el clínico ha de saber también que cuanto más precoz sea la aparición del episodio, es más probable la aparición de recurrencias y no hay que olvidar que la edad de aparición de las depresiones se está adelantando cada vez más en cada cohorte generacional (Klerman y Weissman, 1989).

No obstante, las recaídas y recurrencias no son aleatorias. Hay factores de vulnerabilidad demostrados y conviene que el clínico esté alerta sobre su presencia pues puede dificultar el manejo del caso y, de cualquier modo, avisar sobre futuras complicaciones (tabla 9.1).

### 9.1.1. Manejo clínico

Una de las dificultades del manejo clínico de la depresión es que, aunque la mayoría de los modelos indican que la *desesperanza* y la sensación de *incontrolabilidad* o de falta de poder (Gilbert, 1992) son elementos comunes a la mayoría de las depresiones, las causas anteriores pueden ser muy variadas (conflictos de relación, pérdidas interpersonales, pérdidas relacionadas con el logro y el

TABLA 9.1

*Factores que incrementan la probabilidad de la recurrencia y/o recaídas en la depresión (basado en Vázquez y Sanz, 1995)*

1. Historia previa de episodios depresivos.
2. Historia previa de episodios maníacos o hipomaníacos.
3. Mayor número de episodios previos.
4. Mayor gravedad del episodio inicial.
5. Mala respuesta inicial al tratamiento agudo.
6. Más síntomas residuales al acabar el tratamiento.
7. Mayor edad actual.
8. Pocas semanas o meses transcurridos desde el último episodio.
9. Presencia de estresores y dificultades psicosociales.
10. Consumo de alcohol y/o drogas.
11. Presencia de distorsiones cognitivas no tratadas.

estatus, estresores y/o dificultades sostenidas, etc.). De ahí que la intervención clínica sea, en nuestra opinión, habitualmente más compleja y algo menos sistematizable (no en procedimientos pero sí

en contenidos concretos) que en otros problemas psicológicos.

Un elemento importante a tener en cuenta es que la comorbilidad de la depresión es muy elevada con otros trastornos y viceversa (Vázquez y Sanz, 1995). Problemas de ansiedad (especialmente estrés postraumático, obsesiones y ansiedad generalizada), consumo de alcohol y drogas, trastornos del sueño, trastornos sexuales y trastornos somatoformes son típicos problemas, entre otros, que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial y en la intervención.

Aunque la variedad de dificultades es grande, hay un patrón relativamente predecible de problemas que suelen tratarse en casos de depresión. En el caso que presentamos en este capítulo se reflejan sólo algunos de ellos. En la tabla 9.2 exponemos un listado y descripción de técnicas terapéuticas (que aun no siendo exhaustivo puede ser de utilidad para el lector) que pueden utilizarse en el tratamiento de la depresión. Será tarea del terapeuta la selección última de aquellas técnicas y estrategias que, en función de cada caso, valore como las más adecuadas.

TABLA 9.2

*Técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de la depresión. Breve descripción y conductas problema para las que son de utilidad (adaptado y modificado de Burns, 1980, 1990; Vázquez, 2003; Leahy y Holland, 2000)*

Técnicas	Breve descripción	Conductas problema
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activación conductual:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planificación gradual de actividades.</li> <li>2. Planificación de tareas y evaluación «Dificultad y Placer».</li> <li>3. Planificación de actividades gratificantes.</li> </ol> </li> </ul>	<p>Planificación de actividades descomponiéndolas secuencialmente en pasos, en actividades hora a hora (según objetivo específico). Útil anotar porcentaje de habilidad y placer o dificultad anticipada y placer para refutar predicciones negativas, incrementar autoeficacia y tasa de (auto)refuerzos positivos. Comparar placer experimentado y predicción. Reevaluación posterior de expectativas y logros. Recuperar actividades agradables pasadas. Fomentar actividades sociales y ejercicio físico.</p>	<p>Inactividad. Indecisión y abandono. Estado de ánimo bajo. Anhedonia. Dificultades de concentración. Falta de motivación (abulia y apatía). Indefensión, sensación de no control. Sensación de desorganización, aburrimiento y soledad. Abrumado por las tareas que hay que hacer. Sensación de que no tiene sentido hacer las cosas solo. Postergación, dejar todo para hacerlo «después».</p>

TABLA 9.2 (continuación)

Técnicas	Breve descripción	Conductas problema
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas.</li> </ul>	<p>Desarrollo de pautas de acción planificadas y secuenciadas para la resolución eficaz de problemas. Orientación hacia el problema; definición clara y concisa del problema (<i>hechos vs. problema</i>); definición de objetivos; generar soluciones alternativas; toma de decisiones; ejecución y verificación de la solución.</p>	<p>Situaciones problemáticas. Indecisión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategias de distracción (conductuales y cognitivas).</li> </ul>	<p>Bloquear la atención que el paciente presta a estado de ánimo bajo, pensamientos negativos, etc., mediante la asignación de tareas alternativas (por ejemplo, tararear una canción).</p>	<p>Estado de ánimo ansioso y/o negativo. Pensamientos/imágenes obsesivos y rumiativos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en focalización de la atención en experiencias agradables (<i>savoring</i>).</li> </ul>	<p>Entrenar al paciente a focalizar la atención en estímulos externos agradables, potenciar la identificación de características placenteras de cada momento, aumentar tiempo de exposición a estímulos positivos.</p>	<p>Estado de ánimo bajo. Anhedonia. Deseos de no hacer nada. Autofocalización negativa y autodevaluativa.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Autocuidados.</li> </ul>	<p>Enriquecimiento del medio. Mantenimiento de hábitos saludables (dieta, ejercicio físico, etc.). Entrenamiento en autorrefuerzo.</p>	<p>Autodevaluaciones. Baja autoestima.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrategias de regulación de la activación.</li> </ul>	<p>Entrenamiento en control de la respiración. Entrenamiento en relajación muscular.</p>	<p>Tensión física, ansiedad. Irritabilidad. Quejas somáticas. Insomnio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Higiene del sueño y control estímular.</li> </ul>	<p>Adquisición de hábitos saludables para el sueño. Pautas para control estímular.</p>	<p>Insomnio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposición (gradual): En vivo. En imaginación.</li> </ul>	<p>Enfrentarse a estímulos/situaciones en las que el paciente hace predicciones catastrofistas, negativas, de fracaso, etc. Visualización: creación de imágenes positivas, relajantes, de éxito, etc.</p>	<p>Evitación (situaciones, estados emocionales, actividades, etc.). Anticipaciones catastrofistas, expectativas de fracaso. Pensamientos/imágenes obsesivas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en habilidades sociales.</li> </ul>	<p>Entrenamiento en comunicación no verbal, en inicio y mantenimiento de conversaciones, manejo de críticas, recibir y aceptar halagos. Entrenamiento en conducta asertiva.</p>	<p>Déficit en habilidades sociales y de comunicación. Aislamiento social. Conflictos interpersonales. Dificultades en conducta asertiva. Quejas verbales constantes. Déficit en conducta empática.</p>

TABLA 9.2 (continuación)

Técnicas	Breve descripción	Conductas problema
<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de la ira.</li> </ul>	Identificación de estímulos (internos/externos) discriminativos, contar hasta diez antes de emitir conducta, diferenciar estados emocionales.	Irritabilidad. Discusiones, conflictos interpersonales. Dificultades control de impulsos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de pensamientos.</li> </ul>	Autorregistro tipo ABC (situación, cognición, conducta). Útil para la identificación de tipo de pensamientos (positivos y negativos) y relación con situación estimular, emociones asociadas y estrategias de afrontamiento. Se puede añadir una columna con pensamientos alternativos más adaptativos.	Pensamientos negativos, paralizantes, automáticos. Anhedonia. Fugacidad e interrupción de pensamientos positivos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento en parada de pensamiento + «tiempo basura».</li> </ul>	Identificación de pensamiento negativo + autoinstrucción (por ejemplo, stop) + estrategia distractora. Aplazar tiempo dedicado al pensamiento a otro momento del día prefijado.	Imágenes/pensamientos automáticos negativos poco elaborados. Pensamientos obsesivos/rumiaciones.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reestructuración cognitiva.</li> </ul>	Debate socrático. Suscitar preguntas que activan pensamiento consecuencial (por ejemplo, ¿qué pasaría si...?; ¿qué supondría...? —técnica de la flecha descendiente—). Identificar incongruencias. Técnica de las cuatro preguntas. Técnicas de reencuadre. Ayudar a crear respuestas alternativas.	Creencias disfuncionales. Sesgos cognitivos. Baja autoestima. Descripciones auto-devaluativas. Excusas, «peros»...
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pruebas empíricas.</li> </ul>	Desafiar reglas, autoimposiciones. Ensayo conductual. Poner a prueba los «no puedo». Recogida de información externa (otros significativos del entorno del paciente).	Sensación de impotencia, indefensión. Culpa. Responsabilidad excesiva. Perfeccionismo. Predicciones negativas continuas.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gráfico de sectores.</li> </ul>	Dibujar un gráfico de sectores en el que el paciente distribuya proporción de responsabilidad sobre un suceso determinado. Entrenamiento en locus causal (externo-otros, externo-azar, interno). También útil con estimación de probabilidades.	Responsabilidad excesiva; culpa. Interpretaciones futuras catastrofistas. Estilo atribucional depresivo. Interpretaciones sobre el futuro catastrofistas. Anticipación de fracasos.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Empleo de paradojas y sentido del humor.</li> </ul>	Enfatizar y exagerar interpretaciones distorsionadas para fomentar proceso de reevaluación.	Distorsiones cognitivas. Catastrofismo.

TABLA 9.2 (continuación)

Técnicas	Breve descripción	Conductas problema
<ul style="list-style-type: none"> <li>Regulación emocional.</li> </ul>	Identificación, discriminación y etiquetación adecuada de emociones. Análisis de significados subyacentes. Afrontamiento y expresión de emociones.	Tristeza, culpa, vergüenza, ira. Sentimientos de pérdida, vacío, frustración. Embotamiento y/o evitación y/o labilidad emocional.

### 9.1.2. Efectividad y eficacia terapéutica

La información que tenemos sobre efectividad de tratamientos psicológicos o farmacológicos está basada en simples escalas de síntomas, útiles pero insuficientes. Se requieren medidas no sólo más complejas sino más centradas en otros aspectos de funcionamiento que, aunque suelen mejorar a la par que los síntomas depresivos (Vittengl et al., 2004), son hasta cierto punto independientes. Además, el uso que se hace de las escalas para definir el éxito terapéutico es inadecuado. Habitualmente se define que un tratamiento ha funcionado cuando, justo en su terminación, el paciente muestra una reducción de síntomas de un 50 por 100 de la línea base (véanse diferentes definiciones en Vázquez et al., en prensa). Sin embargo, tanto iniciativas del Instituto de Salud Mental de Estados Unidos como del sistema de salud de Canadá (Parikh y Lam, 2001) han propuesto que cualquier intervención con éxito debe definirse al menos por la remisión completa de síntomas (por ejemplo, obtener una puntuación en el BDI inferior a 9, lo que define un nivel de «no depresión») y, en la medida de lo posible, mejorar los aspectos del funcionamiento psicosocial y laboral del paciente. Hay

datos que avalan que este objetivo es necesario puesto que la remisión supone además una menor probabilidad de recaídas futuras y una mayor probabilidad de recuperar un funcionamiento pleno (Judd et al., 2002).

#### a) Modalidades terapéuticas

La eficacia absoluta y comparada de las terapias es uno de los aspectos más espinosos de la investigación clínica por las dificultades de medida que conlleva y, no hay que olvidarlo, por las pasiones partidistas involucradas en estas investigaciones, lo que plantea serios problemas sobre la calidad de los datos y de los estudios y, en último término, sobre la comparabilidad de los resultados (Chambless y Hollon, 1998).

En el caso de la depresión, se produce la paradoja de que varias modalidades de tratamiento (terapia cognitiva, terapia conductual, terapia farmacológica y terapia interpersonal) han demostrado su efectividad en ensayos clínicos controlados y ofrecen resultados finales semejantes al final del tratamiento (típicamente escalas de depresión)<sup>1</sup>. Parte de esta igualdad en la eficacia quizás sea debida, parcialmente, a que eso que llamamos «de-

<sup>1</sup> El lector puede consultar en castellano algunos análisis de la literatura existente en: Vázquez (1997); Becoña y Lorenzo (2001); Vázquez, Muñoz y Becoña (2000b); Pérez y García-Montes (2001); Méndez et al. (2000). Una síntesis del grupo de trabajo de la sección de Psicología Clínica de la APA (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) puede encontrarse en Chambless y Ollendick (2001). Por otro lado, hay numerosas fuentes para

encontrar revisiones sistemáticas y guías clínicas para el manejo de la depresión basadas en la evidencia empírica disponible:

— Department of Health. Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling. Evidence Based Clinical Practice Guideline. [www.doh.gov.uk/mental-health/treatmentguideline](http://www.doh.gov.uk/mental-health/treatmentguideline).

presión» engloba problemas y procesos distintos todavía hoy indiferenciados en los sistemas de clasificación al uso. Es probable que donde haya que buscar diferencias sea en factores tan sustanciales, pero relativamente ignorados en la investigación,

como la capacidad de los tratamientos para restituir el funcionamiento psicosocial y la prevención de recaídas y recurrencias (Lam y Kennedy, 2004). En la tabla 9.3 se recogen los principales hallazgos de metaanálisis y de las revisiones sistemáticas reali-

TABLA 9.3

*Resultados de revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre eficacia y efectividad de modalidades terapéuticas en depresión*

1. Todos los antidepresivos, sean nuevos o no, tienen una respuesta semejante de eficacia (Joffe et al., 1996; Geddes et al., 1999; Anderson, 2001), que se estima en un 60-70 por 100 de los pacientes, pero las tasas de remisión bajan a un 30-50 por 100 de los casos (McIntyre y O'Donovan, 2004).
2. Los antidepresivos no han demostrado ser eficaces en la depresión infantil y juvenil y, además, han de administrarse con muchas precauciones en ancianos, personas con condiciones cardíacas o hepáticas crónicas, etc. (Antonuccio et al., 1995).
3. Los abandonos en terapia farmacológica son semejantes en todos los antidepresivos (en torno a un 30 por 100) y menores en terapias cognitivas (Bollini et al., 1999).
4. Las terapias psicológicas son efectivas, especialmente si, como ocurre en las terapias cognitivas, conductuales, interpersonales y basadas en solución de problemas, emplean componentes activos y confrontativos, están limitadas temporalmente y están estructuradas (Gloaguen et al., 1998).
5. Comparativamente, las terapias psicológicas empíricamente validadas son al menos tan efectivas como las terapias farmacológicas.
6. Aunque la medicación puede que conlleve un ritmo de recuperación más rápido, las psicoterapias (en especial las cognitivo-conductuales) probablemente reducen más el riesgo de recaídas (Fava et al., 1994; Rush y Hollon, 1991), aunque aún faltan estudios a largo plazo (más de dos años).
7. Las recaídas pueden reducirse con:
  - a) Terapia farmacológica mantenida durante al menos cuatro-seis meses una vez obtenida una mejora (Loonen et al., 1991) e idealmente entre unos nueve y 12 meses después (Paykel, 2001).
  - b) Terapias cognitivas, cuyos efectos pueden ser más sostenidos que los farmacológicos (Gloaguen et al., 1998), aunque aún faltan estudios a más largo plazo.
8. La combinación de una psicoterapia empíricamente validada con un psicofármaco no se ha demostrado que produzca consistentemente resultados mejores que los tratamientos aislados (Reynolds et al., 1999).
9. La gravedad de la depresión en pacientes no es un predictor fiable de la respuesta a corto plazo ni de los psicofármacos ni de las psicoterapias eficaces (DeRubeis et al., 1999).
10. Aunque hay un clima favorecedor de las terapias cognitivo-conductuales frente a otras modalidades psicológicas (por ejemplo, Dobson, 1989; Gloaguen et al., 1998), las terapias cognitivas puede que sean más efectivas que otras modalidades psicológicas empíricamente validadas (Wampold et al., 2002; Parker et al., 2003).
11. Las terapias eficaces han demostrado efectividad en entornos de atención primaria (Schulberg, Catón, Simon y Rush, 1998; King et al., 2000).

— University of San Francisco (School of Medicine): <http://medicine.ucsf.edu/resources/guidelines/guide5.html>.

— National Guideline Clearinghouse: <http://www.guideline.gov>.

— Veterans Health Administration: <http://www1.va.gov/HEALTH/MDDtext.htm>.

— Centre for Evidence-Based Mental Health (University of Oxford): <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/guidelines/>.

— Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), conocida como Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) hasta 1997: <http://www.ahrq.gov/clinic/tp/deprtp.htm>.

zados en el ámbito de la depresión respecto a modalidades terapéuticas.

### b) Técnicas y componentes terapéuticos

Como han argumentado Malik et al. (2003), bajo la denominación «terapia cognitiva», pero también podría decirse lo mismo del resto de las modalidades terapéuticas, se incluyen procedimientos muy diversos, estrategias y técnicas concretas de cuya eficacia aislada apenas se sabe

nada. De modo que el análisis de componentes sigue siendo uno de los grandes retos de investigación. De hecho, en cuanto a técnicas o procedimientos específicos, los resultados no son tan claros, pues la evidencia acumulada en estudios sistemáticos de técnicas concretas es desgraciadamente mucho menor. En la tabla 9.4 se recogen los principales hallazgos de metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados realizados sobre técnicas específicas de intervención en la depresión.

TABLA 9.4

#### *Resultados de revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre eficacia y efectividad de técnicas y componentes terapéuticos en la depresión*

1. Los fármacos modernos son igual de efectivos pero probablemente con menos efectos secundarios que los tradicionales (MacGillivray et al., 2003).
2. Algunos componentes de la dieta pueden ser efectivos. Hay dietas (por ejemplo, excesivamente ricas en hidratos de carbono) que pueden producir letargia y cansancio, lo que puede retroalimentar sensaciones de disforia y malestar (Christensen, 1996). Asimismo, la ingesta de ácidos grasos omega-3 (que se hallan en el salmón, la caballa, las sardinas, el hígado de bacalao o el aceite de soja) puede tener un impacto positivo en la depresión (Nemets et al., 2002). Igualmente, suplementos de ácido fólico pueden ser útiles, pues hay alguna evidencia de deficiencias asociadas a la depresión (Alpert et al., 2000).
3. La activación conductual puede que sea tan efectiva como los paquetes de intervención más complejos (Gortner et al., 1998; Jacobson y Gortner, 2000).
4. La hierba de San Juan (*Hypericum*), adquirible en farmacias y herbolarios, ha demostrado ser eficaz en ensayos controlados aleatorizados (Linde y Mulrow, 2001; *Hypericum Depression Trial Study Group*, 2001), aunque su eficacia relativa comparada con psicofármacos y otras modalidades terapéuticas es todavía incierta (Whiskey et al., 2001).
5. Las técnicas de solución de problemas pueden ser eficaces incluso en contextos de atención primaria (Mynors-Wallis et al., 1995; Dowrick et al., 2000).
6. El ejercicio físico solo o en combinación puede ser efectivo (Lawlor y Hopker, 2001; Mather et al., 2002).
7. Los formatos grupales de terapias cognitivo-conductuales son efectivos.
8. Las estrategias basadas en exposición a luz son beneficiosas tanto para depresiones estacionales como para pacientes con depresiones leves o moderadas (Thompson, 2002).
9. Proporcionar información escrita (biblioterapia) puede ayudar a la mejoría (Cuijpers, 1997).
10. El consejo psicológico sólo es más efectivo que el tratamiento médico normal en contextos de atención primaria (Rowland et al., 2001).

## 9.2. CASO CLÍNICO

A continuación presentaremos un caso clínico en el que se ha empleado un enfoque cognitivo-conductual, que recibe apoyos tanto desde modelos psicopatológicos explicativos de la depresión como desde los datos existentes sobre la eficacia y efectividad de dicho tipo de intervenciones, con

especial énfasis en su papel en la prevención de recaídas. Aunque los modelos cognitivos y conductuales son heterogéneos al indicar cuáles son los factores etiológicos de la depresión (véase Vázquez y Sanz, 1995), su integración en la formulación del caso clínico que presentamos nos permitió obtener una comprensión holística de éste, así como la selección de aquellos componentes

terapéuticos más apropiados según el análisis idiográfico del caso.

La duración de la intervención fue en este caso de 15 sesiones (de frecuencia semanal al principio del tratamiento, quincenales posteriormente), de una hora de duración aproximada, aunque se ha de considerar que esta cifra es obviamente variable en función del problema, las características del paciente, su relación con el terapeuta y el ritmo del proceso terapéutico. Conviene también recordar que la duración media de los ensayos clínicos de terapias cognitivo-conductuales se sitúa precisamente en 14,8 semanas y que a partir de la 11.<sup>a</sup>-12.<sup>a</sup> se ha conseguido el 80 por 100 de la mejoría en síntomas clínicos que el paciente ha de lograr en el transcurso del tratamiento (Dobson, 1989). Otro elemento importante de esta terapia es que ni el sexo, ni la edad, ni la educación, ni la clase social, ni el tipo de pacientes —endógeno versus no endógeno (Blackburn et al., 1986)— se relacionan con el nivel de mejoría alcanzado.

### 9.2.1. Datos biográficos<sup>2</sup>

Alberto D. acude a consulta psicológica a finales de enero de 2003. Tiene 25 años, es soltero, mantiene una relación de pareja desde hace tres años y vive en Madrid con sus padres y sus dos hermanos pequeños, de nueve y 13 años respectivamente. Estudia Ciencias Económicas en una universidad pública, trabaja como profesor de taekwondo, deporte que practicaba con asiduidad hasta la aparición del problema, llegando a obtener dos años antes un importante reconocimiento en una prestigiosa competición internacional de deporte. Además, trabaja de camarero en una discoteca los fines de semana.

### 9.2.2. Motivo de consulta y exploración inicial

El paciente solicita ayuda, pues refiere sentirse triste, disfrutar cada vez menos de la vida y no te-

ner ganas de hacer nada. Dice «no gustarse a sí mismo» puesto que cada vez está más irritable y discutiendo con sus familiares y amigos, «ser un fracaso total y una decepción para los demás», «no poder con todas las cosas que tiene que hacer» y «tener la sensación de haber perdido las riendas de su vida». Durante la primera entrevista, refiere tener dificultades para conciliar el sueño, concentrarse en sus estudios y entrenar y competir. Además, se mostraba preocupado por haber aumentado de peso en los últimos tres meses (seis kilos) cambiando así su imagen corporal, y tener una sensación constante de vacío e inquietud.

En esta primera entrevista se observaron alteraciones en el área de las conductas de autocuidado, mostrando un aspecto ligeramente desaliñado en vestimenta y en aseo personal. No se objetivaron alteraciones cognitivas ni en el lenguaje ni en el curso del pensamiento; sí en cuanto a su contenido, donde se identificó la presencia de pensamientos e imágenes de carácter depresivo respecto a sí mismo, el futuro y su situación vital, así como recuerdos rumiativos sobre fracasos personales en el ámbito deportivo y académico. Se observó, además, cierto nivel de agitación psicomotora.

Aunque Alberto era consciente de las repercusiones negativas que sus problemas estaban teniendo en su vida (interferencia en su rendimiento deportivo y académico, en sus relaciones sociales y en su calidad de vida), se observaron ambivalencias respecto a la atribución que hacía de su problema: se culpaba constantemente («he fracasado en todo»; «soy un fraude») pero también hacía responsable a su padre de su actual situación.

No presentaba ideación autolítica ni planes estructurados de suicidio, ni factores de riesgo relacionados (historia previa de intentos, historia familiar, dificultades en el control de impulsos, etc.).

Durante toda la entrevista se mostró colaborador, y aunque desesperanzado respecto a la posibilidad de mejorar, mostró cierto grado de motivación por el cambio haciendo alusión a su condición

<sup>2</sup> Se han cambiado aquellos datos biográficos que permitían la identificación del paciente.

de deportista («... aunque no se cómo, intentaré vencer este combate que me presenta la vida...»).

No ha recibido tratamientos psicológicos anteriormente. En la actualidad, su médico de atención primaria le ha prescrito un ansiolítico (lorazepam) y un antidepresivo ISRS (fluoxetina), tratamiento que el paciente ha rechazado iniciar debido a la valoración negativa que hace de las consecuencias que éste pudiera tener en su salud física y rendimiento deportivo.

Al finalizar la sesión se elaboró junto al paciente un listado inicial de los principales problemas:

- Bajo estado de ánimo y desesperanza.
- Dificultades para conciliar el sueño y descansar.
- Ausencia de actividades gratificantes.
- Presencia de conflictos interpersonales. Relaciones sociales insatisfactorias.
- Irritabilidad y tensión general.
- Presencia de pensamientos negativos rumiativos e imágenes catastróficas.
- Autoconcepto negativo. Baja autoestima.

### 9.2.3. Evaluación inicial del problema

Las dos siguientes sesiones se dedicaron a la evaluación del problema siguiendo las pautas de evaluación sugeridas en otros trabajos (Vázquez et al., en prensa). El proceso de evaluación inicial (tabla 9.5) nos permitió obtener información sobre diferentes áreas de relevancia clínica y establecer una línea base que nos permitiese valorar la efectividad de la intervención al finalizar el tratamiento y guiar la selección de los componentes terapéuticos del tratamiento.

La principal estrategia de evaluación en estas sesiones fue la entrevista clínica, siguiendo las pautas recomendadas por Vázquez y Muñoz (2002) y ligada a criterios diagnósticos actuales (DSM-IV-TR, APA 2000), y una escala de cuantificación de síntomas (BDI-II, Beck et al., 1996).

Para valorar la gravedad y el grado de interferencia de los problemas que presentaba el paciente utilizamos tanto estrategias cuantitativas (escalas autoaplicadas) como cualitativas; por ejem-

TABLA 9.5

*Proceso de evaluación inicial. Principales áreas de interés (modificado de Beutler, Clarkin y Bongar, 2000)*

1. Diagnóstico de depresión.
2. Gravedad funcional (ligera, moderada o grave) de los síntomas.
3. Historia del problema.
4. Historia de la respuesta ante otros tratamientos.
5. Presencia/ausencia de síntomas o diagnósticos comórbidos (bipolar, abuso de sustancias, enfermedades médicas).
6. Presencia y gravedad de estresores psicosociales.
7. Factores de vulnerabilidad.
8. Naturaleza de interacciones interpersonales y sistemas de apoyo.
9. Análisis funcional del problema.
10. Recursos del paciente.

plo, se pidió a Alberto que completara un auto-registro estándar para identificar pensamientos automáticos en relación a situaciones, emociones y conductas y que elaborase una autodescripción de su *Yo real* (cómo se describe en el momento actual), su *Yo ideal* (cómo le gustaría ser) y su *Yo debería* (cómo cree que debería ser). Véase la descripción en la tabla 9.9, al final del capítulo. Estas estrategias, además de ser muy útiles para obtener información sobre el problema, permiten potenciar de forma implícita la percepción de automonitorización del paciente sobre el problema, así como la asunción de un papel activo durante la terapia.

Los tratamientos psicológicos suelen centrarse más en problemas de funcionamiento laboral, interpersonal y cognitivo que en el estricto control de síntomas en el que se centran las intervenciones psicofarmacológicas. Así pues, se emplearon también dos sencillos instrumentos de valoración de funcionamiento: 1) la mal denominada Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) incluida en el DSM-IV, que en realidad valora el funcionamiento general más que la actividad (de hecho, su nombre original es *Global Functioning*

*Assessment, GAF*), y 2) la Escala de Discapacidad de Sheehan (1983), un sencillo índice autoaplicado de funcionamiento en tres áreas (familiar, social y laboral).

La selección de los instrumentos y estrategias de evaluación estuvo basada en sus propiedades psicométricas y en el listado inicial de problemas del paciente. En la tabla 9.6 se describen estos y otros instrumentos de evaluación seleccionados para este caso clínico (para una revisión exhaustiva de ellos, véanse Vázquez y Jiménez, 2000; Vázquez et al., en prensa) y las puntuaciones obtenidas en la evaluación pretratamiento (línea base) y al final del tratamiento.

#### 9.2.4. Historia del problema

El paciente refiere no haber padecido previamente ningún tipo de problema psicológico durante su vida: era una persona muy valorada y admirada en su medio social debido a su buen rendimiento académico, sus buenas aptitudes físicas y su holgada situación económica, factores que le proporcionaban continuos éxitos en el ámbito interpersonal y deportivo. El problema se desencadena por primera vez hace nueve meses tras finalizar un encuentro internacional de taekwondo y haber sido derrotado en la primera ronda de la competición. Alberto era uno de los principales favoritos para ganar y, de hecho, se estuvo preparando durante casi dos años, dando prioridad a sus entrenamientos en detrimento de sus estudios universitarios (valorados también como importantes por el paciente).

Desde hace dos años, tras problemas económicos surgidos en los negocios familiares que les llevan a la bancarrota, la familia se traslada a una nueva casa, más pequeña, con menos comodidades que la anterior y en un barrio más humilde. Esta nueva situación hace que Alberto tenga que asumir nuevas responsabilidades, entre ellas económicas (puesto que su padre no puede trabajar por problemas de salud física), así como un nuevo rol, tanto familiar como en el nuevo entorno social. A partir de entonces, comienza a llevar un estilo de vida completamente diferente, no sólo

por el cambio en el estatus socioeconómico (comienza a trabajar por primera vez), sino porque también comienza a realizar otro tipo de actividades (salir por las noches, consumir alcohol, fumar esporádicamente cannabis, etc.), se despreocupa de sus estudios y abandona paulatinamente sus anteriores amistades, aunque mantiene la relación de pareja que había iniciado hace tres años.

Aunque el resto de su familia pareció asumir bien los cambios surgidos, Alberto refiere haber tenido dificultades para adaptarse a esta nueva situación.

#### 9.2.5. Diagnóstico

Siguiendo las pautas diagnósticas DSM-IV-TR (2000), para lo que se empleó un procedimiento *estructurado de sondeo* (Vázquez y Muñoz, 2002), se determinó el siguiente diagnóstico categorial:

- Eje I: F32.2.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.2].
- Eje II: Z03.2 No hay diagnóstico [V71.09].
- Eje III: Ninguno.
- Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo y al entorno social por cambio de hogar.
- Eje V: EEAG = 55 (actual).

#### 9.2.6. Otras áreas de interés clínico

##### a) Autocontrol y manejo de emociones

En cuanto a competencias personales en el manejo de estados emocionales (ansiedad, estado de ánimo bajo e ira), el paciente refiere que, en general, nunca se ha sentido «deprimido», por lo que carece de recursos para afrontar estados emocionales similares.

Respecto al manejo de estados de ira, expresa tener cierto temor a perder el control en situaciones que le desencadenan respuestas de ira (como discusiones familiares). El hecho de realizar habitualmente ejercicio físico le ha ayudado a regular

TABLA 9.6

*Caso clínico A. D. Evaluación pretratamiento. Variables dependientes, procedimiento de evaluación y resultados*

Variables dependientes	Procedimiento de evaluación	Línea base	Fin de tratamiento (sesión 15)
1. Diagnóstico.	Entrevista semiestructurada diagnóstica (Vázquez y Muñoz, 2002).	Trastorno depresivo. mayor, episodio único.	Sin diagnóstico clínico.
2. Estado de ánimo y gravedad de síntomas.	Inventario de depresión de Beck-II (Beck et al., 1996).	Total (T) = 31. Depresión grave.	Total (T) = 5. No deprimido.
3. Grado de desesperanza.	Escala de desesperanza de Beck (Beck et al., 1974).	Puntuación total = 13.	Puntuación total = 1.
4. Dificultades de sueño: 4.1. Latencia tiempo de conciliación (en minutos). 4.2. Grado de descanso (de 0 a 100).	Autorregistro diario de sueño.	Latencia media de conciliación = 75 minutos. Grado de descanso = 40. Bajo.	Latencia media de conciliación = 18 minutos. Grado de descanso = 80. Medio-alto.
5. Porcentaje de actividades: 5.1. Gratificantes. 5.2. «Deberías»/no gratificantes.	Autorregistros semanales de actividades.	T = 10 por 100. T = 90 por 100.	T = 80 por 100. T = 20 por 100.
6. Pensamientos rumiativos: 6.1. Frecuencia (de 0 a 10). 6.2. Interferencia (de 0 a 10). 6.3. Malestar subjetivo (de 0 a 10).	Autorregistro semanal de pensamientos rumiativos.	T = 8. Muy frecuente. T = 9. Muy alto. T = 9. Muy alto.	T = 4. Baja. T = 1. Muy baja. T = 0. Ausencia.
7. Nivel general de funcionamiento	GAF Escala de Discapacidad de Sheehan (1983).	T = 55.  T = 23.	Puntuación total = 92.  Puntuación = 5.
8. Grado de bienestar: 8.1. Control ambiental (CA). 8.2. Crecimiento personal (CP). 8.3. Propósito en la vida (PV). 8.4. Autonomía (A). 8.5. Autoaceptación (AA). 8.6. Relaciones positivas con otros (RP).	Escala de Bienestar (Ryff y Keyes, 1995).	Puntuaciones: CA = 10. CP = 15. PV = 18. A = 16. AA = 12. RP = 20.	Puntuaciones: CA = 42. CP = 50. PV = 48. A = 44. AA = 41. RP = 50.
9. Creencias disfuncionales.	Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS; Weissman y Beck, 1979)	T = 152.	T = 118.

*Nota:* Referencias y fichas técnicas de estos instrumentos pueden hallarse en: Comeche et al., 1995; Vázquez y Jiménez, 2000; Muñoz et al., 2002; Gutiérrez et al., 2003; Vázquez et al., en prensa.

emociones de tensión, ira y enfado: sin embargo, siente que en el presente la práctica habitual de deporte tampoco le ayuda puesto que los niveles de irritabilidad y tensión son, en general, demasiado elevados.

### **b) Recursos personales**

Los principales recursos personales del paciente son su alto nivel de responsabilidad (tanto en su desempeño laboral, personal y deportivo), su exigencia personal y motivación de logro, su capacidad de interés y curiosidad por múltiples actividades (a pesar de que en el momento de la evaluación ha disminuido). Estos factores pueden fomentar un mayor compromiso con la terapia, incentivar sus deseos de superar el problema y facilitar el desarrollo de la intervención.

Se valoró cómo estos factores, a pesar de poder contribuir al mantenimiento del problema cuando se exacerban, podían también emplearse para fomentar un mayor compromiso con la terapia, incentivar sus deseos de superar el problema y facilitar el desarrollo de la intervención. Por ejemplo, en situaciones de entrenamiento, el hecho de tener un alto nivel de autoexigencia facilita la aparición de respuestas de ansiedad, así como pensamientos catastrofistas de tipo rumiativo en cuanto a su desempeño (véanse los epígrafes «Análisis funcional» y «Formulación clínica del caso»).

### **c) Apoyo social**

En el momento de la consulta, la red de apoyo social es percibida como insuficiente, escasa y poco adecuada por el paciente. En el ámbito familiar la relación con su padre no es buena: aun admirándole, tienen muchas discusiones y puntos de vista diferentes. Alberto siente que ha de ser «el cabeza de familia», percibiendo mucha presión por parte de su padre y valorando que las responsabilidades que ha de asumir son superiores a sus capacidades. Con su madre (quien está diagnosticada de trastorno distímico) y hermanos ha adoptado el rol de «cuidador», sintiéndose ahora incapaz de ayudarles.

Su relación de pareja tampoco es satisfactoria, aunque reconoce que es su principal apoyo, puesto que en las últimas semanas tienen discusiones prácticamente a diario y porque no se siente «lo suficientemente bueno para ella». Valora la relación con sus compañeros de clase, a los que en pocas ocasiones ve, como insatisfactoria, igual que la única relación que mantiene con uno de sus amigos del pasado, ya que se siente incomprendido y discute con él de manera frecuente.

Las relaciones con sus compañeros de gimnasio son cada vez menos frecuentes porque se siente inferior a ellos. Señala como una de las figuras más relevantes en su vida la figura de su entrenador de taekwondo. La relación, aun no siendo satisfactoria porque el paciente siente que le ha defraudado, es muy importante, pues tiene una gran admiración hacia él, buscando constantemente el reconocimiento de su esfuerzo, capacidades y logros.

### **9.2.7. Análisis funcional**

Los principales *factores de vulnerabilidad* identificados en la historia clínica del paciente y que de manera indirecta han contribuido a la aparición y mantenimiento del problema son:

- Un estilo inferencial y atribucional depresógeno (estilo de personalidad con tendencia a culparse y responsabilizarse de sucesos negativos), probablemente adquirido mediante procesos de aprendizaje vicario desde etapas tempranas del desarrollo. De hecho, hay una historia familiar de trastornos afectivos (en la actualidad su madre tiene el diagnóstico de trastorno distímico, habiendo sido tratada en el pasado también por episodios depresivos).
- Un patrón cognitivo rumiativo, especialmente ante estados de complejidad emocional.
- La presencia de creencias disfuncionales relacionadas fundamentalmente con las siguientes áreas:
  - Autovalía y responsabilidad personal: altos niveles de autoexigencia y perfeccionismo.

- Relaciones interpersonales: alta necesidad de aprobación y deseabilidad social.
  - Motivación de logro: muy alta y fuente de importancia extrema para juzgar su valía personal.
- El haber sido receptor de un estilo educativo exigente, crítico y sobreprotector, que, además de reforzar las ideas cognitivas disfuncionales antes citadas, dificulta el desarrollo de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés y habilidades sociales efectivas en la comunicación interpersonal, especialmente las referidas a asertividad.

Los factores precipitantes del problema han sido: 1) el cambio de estilo de vida, que ha supuesto para Alberto la *pérdida* de un rol y estatus socioeconómico; 2) el aumento percibido de responsabilidades, para las cuales el paciente no cuenta con los recursos de afrontamiento suficientes y adecuados. Ambos factores han contribuido a un aislamiento social progresivo, disminuyendo así la tasa de refuerzos positivos y aumentando la tasa de refuerzos negativos, y 3) el fracaso en los ámbitos deportivo y académico, vivido como *frustración* en la consecución de objetivos y pérdida de metas.

La interacción de estos factores con los factores de vulnerabilidad anteriormente señalados ha contribuido al desarrollo del problema en la medida en que ha activado y/o intensificado patrones cognitivos disfuncionales subyacentes que llevan a Alberto a hacer una atribución interna, global y estable de los sucesos negativos acontecidos, inferencias catastróficas y autoevaluaciones negativas constantes que han supuesto la ruptura de creencias básicas respecto a sí mismo. Como consecuencia, el paciente vio disminuida su percepción de control, mostrando sentimientos de indefensión y desesperanza sobre su situación. En el momento de la consulta se valoró que el problema podría mantenerse fundamentalmente por principios de condicionamiento operante. En la tabla 9.7 y en la figura 9.1 mostramos el análisis funcional y el modelo explicativo del caso clínico presentado.

### 9.2.8. Objetivos terapéuticos

El proceso completo de evaluación inicial del caso se llevó a cabo en tres sesiones. La cuarta sesión fue dedicada a la explicación del problema al paciente (presentándole el análisis funcional inicial de sus problemas). En esta sesión, y tras la devolución de la información, se acordaron conjuntamente cuáles eran los objetivos a trabajar, así como el programa de intervención (tabla 9.8). En líneas generales, la intervención estuvo guiada por dos objetivos principales: 1) Incrementar tasa de reforzadores positivos y disminuir las experiencias negativas y 2) incrementar la percepción de control sobre su vida.

Las sesiones se circunscribieron a un formato estándar de terapia cognitivo-conductual de la depresión (Beck et al., 1983; Persons, 2001): 1) establecimiento de agenda; 2) revisión del estado actual y de los sucesos habidos desde la sesión anterior; 3) pedir feedback sobre la sesión anterior; 4) revisar tareas de casa de la sesión anterior; 5) trabajar en sesión con alguno de los problemas de la agenda; 6) plantear nuevas tareas para casa, y 7) solicitar feedback sobre cómo ha funcionado la sesión.

### 9.2.9. Programa de tratamiento

#### Sesiones 1-4: Estrategia terapéutica: activación conductual y motivacional

Estas primeras sesiones se han centrado más, como es habitual, en elementos conductuales. La anhedonia, la anergia, la inhibición, etc., son objetivos importantes, y las intervenciones conductuales son especialmente indicadas. Además, la intervención conductual inicial es una buena plataforma para introducir cambios cognitivos relacionados con la dotación de una sensación de control sobre cuestiones inmediatas, la reducción del bloqueo conductual y el alivio de problemas inmediatos (sueño, tensión, etc.), lo que además puede afianzar la alianza terapéutica con el paciente.

TABLA 9.7  
Análisis funcional del caso clínico A. D.

Antecedentes	Conducta problema: bajo estado de ánimo	Consecuencias
<p><b>Factores de vulnerabilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes familiares de trastornos afectivos. Estilo inferencial y atribucional depresivo.</li> <li>• Actitudes disfuncionales relacionadas con:           <ul style="list-style-type: none"> <li>— Autovalía y responsabilidad personal: altos niveles de autoexigencia y perfeccionismo.</li> <li>— Relaciones interpersonales: alta necesidad de aprobación y deseabilidad social.</li> <li>— Logro: alta motivación de logro.</li> </ul> </li> <li>• Estilo cognitivo rumiativo.</li> <li>• Déficit de estrategias de afrontamiento y conducta asertiva.</li> </ul> <p><b>Antecedentes remotos</b></p> <p><b>Externos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de estilo de vida: de estatus socioeconómico y de lugar de residencia.</li> <li>• Aumento de responsabilidades.</li> <li>• Fracaso en rendimiento deportivo y académico.</li> </ul> <p><b>Antecedentes próximos</b></p> <p><b>Internos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos intrusos obsesivos del tipo: «He decepcionado a los míos»; «estoy decepcionado conmigo mismo».</li> <li>• Imágenes mentales de sí mismo en el futuro «catastróficas»: «como un perdedor, que no consiguió nada en la vida, arruinado...».</li> <li>• Recuerdos sobre el pasado ligados a sentimientos de pérdida, frustración y fracaso en la actualidad: cómo era él, éxitos deportivos y académicos, etc.</li> </ul> <p><b>Externos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar solo en casa.</li> <li>• Estar junto a compañeros de universidad.</li> <li>• Situaciones de entrenamiento deportivo y/o competición.</li> <li>• Estar en compañía de figuras relevantes (su padre, su novia, su entrenador).</li> </ul>	<p><b>Cognitivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pensamientos automáticos negativos: «no valgo para nada»; «¿qué ha sido de mí?»; «¿cómo he llegado a esto?»; «no puedo más».</li> <li>• Estilo atribucional depresivo: interno, global y estable para sucesos valorados como fracasos (perder una competición, no aprobar un examen, etc.).</li> <li>• Ruminationes sobre fracasos pasados y futuros.</li> <li>• Dificultades para solucionar problemas y para tomar decisiones.</li> <li>• Dificultades de concentración.</li> </ul> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnio de conciliación.</li> <li>• Quejas físicas, molestias musculares.</li> <li>• Aumento del apetito.</li> </ul> <p><b>Motoras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspecto ligeramente descuidado (indumentaria desaliñada, déficit en autocuidados, como asco personal, afeitado, etc.).</li> <li>• Agitación psicomotora ligera.</li> <li>• Verbalizaciones constantes autodevaluativas, y sobre su pasado y sobre el futuro.</li> <li>• En la esfera interpersonal: aislamiento social progresivo.</li> </ul> <p><b>Emocional-motivacional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza.</li> <li>• Desesperanza.</li> <li>• Sentimientos de rencor hacia su padre.</li> <li>• Sentimientos de ira hacia sí mismo.</li> <li>• Sensaciones intensas de culpa, fracaso y vacío.</li> <li>• Anhedonia intensa.</li> <li>• Abulia moderada.</li> <li>• Irritabilidad.</li> <li>• Necesidad de aprobación y validación por parte de los demás.</li> </ul>	<p><b>A corto plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de ánimo bajo (C-).</li> <li>• Aumento tensión y ansiedad (C+).</li> <li>• Disminución de rendimiento deportivo y académico (C-).</li> <li>• Búsqueda de reaseguración y aprobación social (Ref+).</li> <li>• Cambio en la imagen corporal (C-).</li> <li>• Conflictos interpersonales con familiares, con su pareja y con compañeros de la universidad (C-).</li> </ul> <p><b>A medio-largo plazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del estado de ánimo (C-).</li> <li>• Disminución de actividades placenteras (C-).</li> <li>• Deterioro de la relación con su pareja (C-).</li> <li>• Pérdida de apoyo del entorno social (C-).</li> <li>• Aumento de las preocupaciones sobre autoeficacia y falta de seguridad en sí mismo (C+).</li> <li>• Aumento de gravedad de síntomas depresivos (C+).</li> <li>• Disminución de la seguridad en sí mismo (C-).</li> </ul>

Nota: Ref+ = reforzamiento positivo; Ref- = reforzamiento negativo; C+ = castigo positivo; C- = castigo negativo.

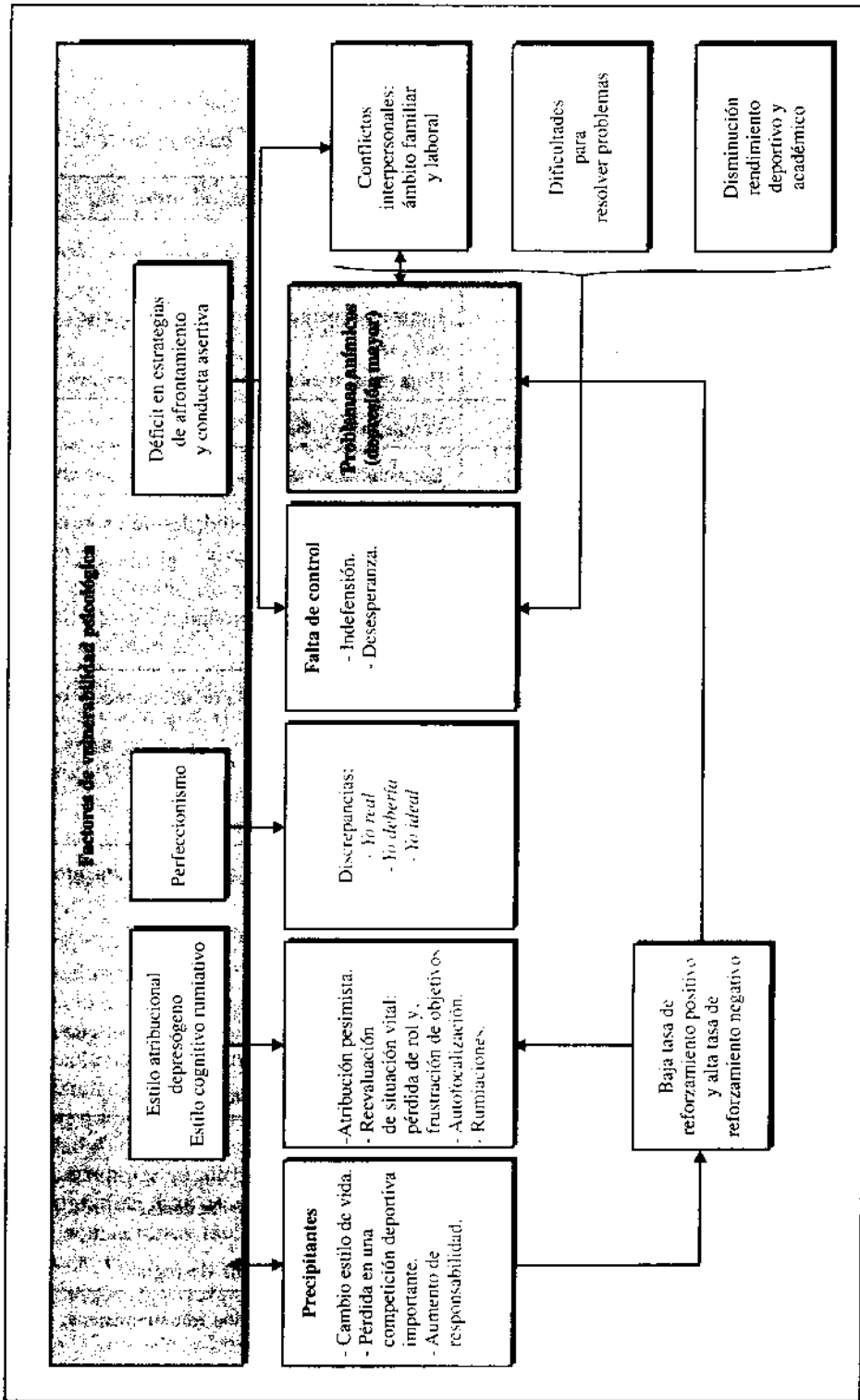


Figura 9.1.—Modelo explicativo y formulación del caso clínico A. D.

TABLA 9.8

Objetivos terapéuticos, técnicas y plan de intervención en el caso clínico A. D.

Objetivos específicos	Técnicas utilizadas
1. Incrementar actividades y sensaciones gratificantes.	Planificación gradual de actividades: técnicas de activación conductual. Estrategias para «saborear» experiencias ( <i>savoring</i> , <i>mindfulness</i> ). Hoja de actividades («dificultad/placer»).
2. Mejorar patrón de sueño.	Pautas de higiene del sueño.
3. Disminuir tensión muscular.	Entrenamiento en relajación muscular (Jacobson).
4. Mejorar calidad de relaciones sociales.	Entrenamiento en habilidades de expresión de emociones y en conducta asertiva. Ensayos conductuales. Exposición. Técnicas cognitivas.
5. Aumentar autoeficacia general percibida y autoestima.	Entrenamiento en toma de decisiones y solución de problemas. Planificación gradual de actividades. Entrenamiento en autorrefuerzo. Entrenamiento atribucional.
6. Disminuir frecuencia, grado de interferencia y malestar de imágenes y pensamientos automáticos negativos/rumiativos.	Entrenamiento en parada de pensamiento. Tiempo basura. Técnicas de distracción cognitiva y conductual. Entrenamiento en autoinstrucciones. Debate cognitivo. Exposición en imaginación y cambios de significado con visualización. Reestructuración cognitiva.
7. Manejo y reconocimiento de esquemas cognitivos disfuncionales.	Flecha descendente. Discusión cognitiva. Discusión de dobles estándares. Lista de derechos. Trasgresión planificada de reglas...
8. Ajustar discrepancias entre «yo-ideal» y «yo-real» y aceptar diferencias.	Análisis de significados idiosincrásicos. Desafío de creencias. Reducción al absurdo.

En estas primeras sesiones se clarifica el papel activo que desempeña el paciente en la terapia y se comienzan a asignar tareas sencillas para casa que sirven para reforzar este modelo.

### Sesión 1

1. Psicoeducación sobre la depresión:
  - Explicación de un modelo de vulnerabilidad cognitiva: estrés.
  - Explicación del carácter transitorio de la depresión y del papel proactivo del paciente en prevención de recaídas.
  - Explicación de la circularidad bidireccional cogniciones-emociones-conductas, con sus propios ejemplos vitales y enfatizando la conveniencia de romper ese círculo incrementando actividades positivas y organizando la agenda y tareas cotidianas.
2. Pautas de higiene del sueño a seguir durante la semana que viene.
3. Tareas para casa: 1) Lectura *Luchar contra la depresión*, de A. T. Beck.

### Sesión 2

1. Planificación gradual de actividades gratificantes:
  - Análisis de actividades gratificantes pasadas, presentes y futuras.
  - Discusión de qué significa «placentero» (actividades normales que uno hace o hacía habitualmente: pasear, escuchar música...).
  - Asignación de al menos dos tareas agradables diarias sencillas (saborear experiencias sencillas como una ducha o paladear una comida y centrarse en las sensaciones táctiles, olfativas, térmicas, etc.).
2. Entrenamiento en relajación muscular (I):
  - Se discute con el paciente el mejor momento para practicarla. Asignación de llevarla a cabo dos veces diarias (an-

tes del entrenamiento) y antes de ir a la cama.

### Sesión 3

1. Entrenamiento en relajación muscular (II).
2. Entrenamiento en parada de pensamiento.
3. Entrenamiento en autoafirmaciones positivas.
4. Tarea para casa: práctica de las técnicas aprendidas.

*Dificultades surgidas.* El paciente refiere al principio de la sesión no poderse relajar completamente debido a la aparición de escenas intrusas vívidas de su fracaso deportivo y de ideas paralizadoras (por ejemplo, «a mí esto no me va a funcionar»). Se revisa el modelo circular A-B-C y se procede a explicar lo que es un «pensamiento automático» y la posibilidad de controlarlo mediante técnicas que el propio paciente puede utilizar. Se puso en práctica en sesión el procedimiento de parada de pensamiento más «tiempo basura» y de verbalizaciones autorreforzantes para acompañarlo (en este caso se insistió en frases que enfatizaban la necesidad de dar un tiempo al proceso: «esto va bien pero lleva su tiempo»; «poco a poco se consigue todo») con las que el paciente estaba de acuerdo y que había utilizado anteriormente de modo ocasional.

### Sesión 4

1. Mantenimiento de actividades gratificantes:
  - Supervisión del cumplimiento de actividades realizadas.
  - Se planifican en sesión actividades interpersonales (quedarse a comer con sus compañeros tras la clase).
  - Introducción de un registro de dificultades previstas y placer logrado en las tareas asignadas para la semana.
2. Ensayo imaginado de la tarea asignada y aprendizaje de recursos de afrontamiento:
  - Previsión de dificultades.
  - Identificación de pensamientos que cortocircuitan el disfrute.

- Empleo de técnicas sencillas de control de pensamientos si eso ocurre (parada de pensamiento, autoinstrucciones positivas, etc.).
- 3. *Tarea para casa:* 1) práctica y mantenimiento de las técnicas aprendidas (relajación muscular, parada de pensamiento, etc.); 2) cumplimentar una serie de instrumentos de evaluación (BDI-II, Escala de Desesperanza, Autorregistro de Pensamientos, Autorregistro de Actividades, Escala de Discapacidad y Escala de Bienestar).

*Observaciones.* La elección de la tarea interpersonal (quedarse a comer) se efectuó porque el paciente justamente indicaba dificultades o resistencias para este tipo de actividades, surgidas de expectativas negativas («se van a aburrir conmigo», «soy inferior», «no doy la talla»). En general, la elección de tareas para casa debe orientarse hacia actividades relacionadas con dificultades específicas identificadas en el análisis del caso (problemas interpersonales, anhedonia, conductas sumisas o poco asertivas, irritabilidad, postergación de actividades, etc.).

#### **Sesiones 5-10: Estrategia terapéutica: problemas interpersonales-pensamientos asociados**

Tras esta primera fase se aprecia una aparente mejoría en el estado general del paciente y en su funcionamiento general (por ejemplo, se siente menos tenso, dice dormir mejor y ha empezado a asistir regularmente a clases). Se decide revisar conjuntamente la consecución inicial de objetivos terapéuticos, y se le alaba explícitamente su papel activo y determinante en el control de los síntomas y de su vida.

Las estrategias de activación conductual de las primeras sesiones se mantienen en el resto del tratamiento, con la intención de incorporar los aprendizajes y los hábitos más saludables en su vida cotidiana. De este modo, se seguirán revisando y

analizando a lo largo de la terapia la realización de conductas agradables, planificación del tiempo, etc.

En las sesiones siguientes se comenzará a tratar de un modo más intensivo aspectos relativos al funcionamiento interpersonal manteniéndose el objetivo común de incrementar su sensación de control, reducir su desesperanza e incrementar emociones positivas cotidianas. Se continúa también el proceso de detección de pensamientos y creencias nucleares que sostienen sus conductas y emociones desadaptativas.

#### *Sesión 5*

1. Revisión del estado general (síntomas, percepción de utilidad de lo aprendido, feedback sobre el transcurso de las sesiones...) y refuerzo de logros conseguidos.
2. Revisión con Alberto del listado inicial de problemas y objetivos y negociación de la agenda terapéutica para las siguientes sesiones. Se acuerda comenzar a trabajar sus dificultades con pensamientos negativos sobre todo en contextos interpersonales.
3. Antes de acabar la sesión, el paciente refiere su deseo de dejar el trabajo de fines de semana, pues aunque le reporta algún dinero, le supone una gran sobrecarga y limita su tiempo libre. Sin embargo, se muestra dubitativo, pues lo siente como «un abandono de las responsabilidades de un buen hijo y hermano».
4. *Tarea para casa:* 1) se recuerda el mantenimiento de la relajación muscular y otras técnicas y estrategias aprendidas; 2) se le pide completar una hoja con pros y contras de la decisión de dejar de trabajar el fin de semana y que, además, se imagine dos escenarios (uno en el que continúa trabajando de camarero varios meses más y otro en el que decide dejar ese trabajo), anotando pensamientos y emociones asociados a ambas situaciones.

### Sesión 6

1. Análisis de la tarea de «pros y contras». El paciente tiene más argumentos y más sólidos (desea tener más tiempo libre y estar más relajado el resto de la semana) pero le resulta difícil comunicar la decisión en casa, mostrando temores, que reconoce como poco fundados, sobre el impacto de su decisión en la economía familiar.
2. Entrenamiento en solución de problemas y *role-playing* en sesión sobre cómo comunicar la decisión a su padre. Se trabajan elementos de asertividad, elección del momento para decirlo y expresión adecuada de su decisión y sus emociones.
3. Planificación de actividades sociales y en solitario para el fin de semana. Se discute con él la necesidad de tener actividades agradables ese primer fin de semana libre y se anticipa la posible aparición de autorreproches, ideas de culpa o de duda. Se discute la mejor estrategia para afrontarlas (básicamente estar con gente, mantenerse ocupado y uso de técnicas de autorratificación centradas en las ventajas de la decisión tomada y en mantener el foco atencional en las sensaciones y emociones positivas que surjan en el fin de semana).
4. *Tareas para casa:* 1) comunicar a la familia la decisión tomada; 2) comunicación y despedida del dueño del bar y compañeros; 3) se le recuerda que si surgen cogniciones negativas, las apunte para discutir las en la siguiente sesión.

*Observaciones.* Durante el *role-playing*, surgen imágenes negativas (miradas de reproche y críticas verbales del padre) ante las que el paciente se muestra nervioso y bloqueado. Se aprovecha la situación para enseñarle a crear imágenes y diálogos más realistas y positivos.

### Sesión 7

1. Revisión del proceso de toma de decisión y sus consecuencias. Alberto se muestra

ambivalente sobre lo realizado aunque orgulloso por haber podido afrontar la situación con recursos adecuados. La decisión fue bien aceptada por la familia, pero en algún momento le han asaltado ideas de culpabilidad y autorreproche.

2. El terapeuta aprovecha lo sucedido para sondear otros contextos en los que esas mismas emociones e ideas de reproche y culpa emergen, con la finalidad de que Alberto identifique y reconozca elementos comunes (que hipotéticamente están relacionados con el perfeccionismo y una elevada exigencia que contrasta con elementos de su realidad). Se utiliza un diálogo socrático, de descubrimiento guiado, para favorecer el proceso de toma de decisiones.
3. Alberto reconoce que el perfeccionismo está presente en múltiples ámbitos (como novio, como hermano, como hijo, como deportista, como estudiante, etc.). Se le explica que manejar adecuadamente el deseo de perfección puede ser positivo en su vida, pero que ha de aprender a controlarlo para que sea una fuente de bienestar y no de sufrimiento. Se acuerda ir trabajando este asunto en la medida en que interfiera en la intervención sobre la lista inicial de problemas y en la consecución de objetivos. (El terapeuta intenta reducir así el impacto de «descubrir» un rasgo de personalidad al que se le atribuye la causa del malestar.)
4. *Tareas para casa:* 1) planificación de actividades para la semana; 2) se le pide que describa aspectos positivos y negativos de su relación con su pareja y sus amigos de antes (pues ha manifestado deseos, también ambivalentes, de retomar relaciones de amistad con gente de su antiguo barrio, aprovechando que ha sido invitado a una fiesta con ellos).

### Sesión 8

1. Análisis de las tareas encomendadas.
2. Se identifican sensaciones y pensamientos de irritabilidad, vergüenza e inferioridad

comunes a su relación de pareja y a antiguas amistades y se explica cómo un probable proceso común a ambas situaciones es la búsqueda de su validación personal en elementos externos y no por sus competencias y valía personal (en este caso concreto, el paciente se valora como «educado», «responsable», «buena persona», «preocupado por los demás» y «agradable»).

3. Se decide trabajar con técnicas de control y manejo de esas emociones negativas (se le enseña a generar y utilizar respuestas alternativas adaptativas ante esas ideas autodevaluativas). Se comprobó que le resultaba útil y creíble hacerse preguntas como: «¿Qué le diría yo a... (mi novia, mis amigos)... si tuvieran esas ideas?». Se le sugirió utilizar esas respuestas ante esas emociones y pensamientos negativos.
4. Exposición en imaginación de escenarios temidos, análisis de respuestas adaptativas posibles, etc. Se planificó cómo afrontar una situación temida: acudir a la fiesta a la que un amigo le había invitado.

### *Sesión 9*

1. Revisión del estado general y valoración de aprendizajes y avances.
2. Se revisa el funcionamiento en otras áreas. Hay mejoras generalizadas, pero el paciente expresa algunas dificultades para organizarse en los estudios que atribuye humorísticamente a «su demonio de la perfección».
3. Se dedica la sesión a la planificación de los estudios (se enfatiza utilizar criterios de tiempo más que de rendimiento, el uso de técnicas para controlar pensamientos intrusos del tipo «debería haber ido más a clase» o «no voy a poder aprobar» y se presta atención a darse respiros, descansos e intercalar actividades agradables y de autorrefuerzo contingentes).
4. *Tarea para casa:* registro de situación-emociones-pensamientos negativos-afron-

tamiento positivo (cognitivo y/o conductual)-emociones resultantes.

### *Sesión 10*

1. Revisión del listado de problemas e información sobre en qué momento de la terapia está.
2. Se analizan logros y obstáculos. Se da feedback sobre algunos aspectos de la evaluación cuantitativa efectuada. Dados los avances, se plantea la posibilidad de distanciar las sesiones con una periodicidad quincenal.
3. Análisis de la efectividad y ajuste de las estrategias utilizadas para estudiar.
4. Análisis de la eficacia de respuestas alternativas ante pensamientos y emociones negativas. Se le anima y refuerza a utilizar sólo aquellas que le han resultado más efectivas.
5. *Tareas para casa:* 1) Continuar con el registro de situación-emociones-pensamientos negativos-afrontamiento positivo (cognitivo y/o conductual)-emociones resultantes, para destilar las respuestas más efectivas y asegurar su uso y generalización en diferentes contextos. 2) Cumplimentar instrumentos de evaluación (los mismos que en la sesión 4).

### **Sesiones 11-14: Estrategia terapéutica: autoconcepto-creencias nucleares**

El análisis de los autorregistros y la evaluación ratifica una mejora sustancial en funcionamiento y síntomas. Se destaca un incremento significativo en el estado de ánimo (BDI = 13, «depresión leve»), persistiendo aún algunos componentes de incertidumbre e inseguridad sobre su futuro profesional. Acepta más sus limitaciones («ahora me acepto más como soy»), aunque aún quedan elementos residuales que serán hilo conductor de las últimas sesiones bajo el supuesto de que su identificación y manejo favorecerá la prevención de recaídas.

En las siguientes sesiones se plantea continuar con la línea de trabajo anterior pero haciendo más

hincapié en creencias nucleares (ligadas a perfeccionismo y exigencias desbordantes) y su repercusión en el funcionamiento y autoconcepto. Sobre el futuro, se efectuó un análisis de metas realistas a corto, medio y largo plazo y, además, se hizo énfasis en las sesiones en reconceptualizar lo sucedido como una experiencia desde la que puede aprender a afrontar situaciones vitales complicadas en el futuro.

### Sesión 11

1. Revisión del autorregistro.
2. *Tarea para casa:* ante la sugerencia de que estamos aproximándonos a la finalización de la terapia, se le pide que escriba cómo desearía estar, realistamente, dentro de 12 meses y dentro de cinco años. (El trabajo con la proyección del futuro es de especial importancia en la depresión para explorar ideas de desesperanza, obstáculos, pero también deseos, anhelos y crecimiento personal.)

*Observaciones.* Alberto ha efectuado el registro acordado en la sesión 10, pero sólo ha escrito cinco situaciones. Señala que no ha habido situaciones que le hayan hecho sentirse mal y se siente mucho mejor. Se aprovechó esto para trabajar con dos elementos: 1) análisis atribucional de esta mejoría (se desmenuzó su papel activo y de autorregulación emocional que había tenido desde el inicio de la terapia, aludiendo a casos concretos); 2) se discutió sobre la necesidad de seguir trabajando los objetivos relacionados con la autovalía y creencias centrales de su vida para poder fortalecerle más psicológicamente.

### Sesión 12

1. Análisis de metas y deseos de futuro. Se ayuda a identificar metas realistas y no realistas, así como algunas pautas de trabajo a corto y medio plazo para lograrlas y ajustar expectativas.

2. Se trabaja con ideas disfuncionales centrales relacionadas con logro y autovalía (por ejemplo, «si no soy campeón de taekwondo no tiene sentido entrenar»; idea, por cierto, ligada a otra aparentemente contraria: «Entrenar tiene sentido para no decepcionar a mi entrenador»). Ambas ideas reflejan un imperativo de hacer cosas, basado en criterios ajenos y de logro, pero no guiados por el placer o elementos personales.
3. Se le ayuda a identificar creencias alternativas a las anteriores que tengan sentido y credibilidad para él y puedan ser usadas a modo de respuesta (por ejemplo, «haciendo deporte también me siento bien», «el deporte es un antídoto contra la depresión», «no puedo abandonarme»).
4. *Tarea para casa:* a partir de esta sesión la recomendación explícita de tareas para casa fue ocasional. Alberto mostraba una notable iniciativa en hacer cosas, retomar amistades, y se consideró especialmente conveniente esa iniciativa, disminuyendo el grado de directividad por parte del terapeuta (especialmente en un paciente con rasgos sumisos y de dependencia de criterios externos), si bien se siguió monitorizando el uso que hacía de estrategias ya aprendidas (relajación diaria, administración de pautas de ocio y descanso, empleo creativo y personalizado de estrategias de afrontamiento, etc.).

### Sesión 13

1. Se retoman las metas planteadas por el paciente para el futuro. Entre ellas está independizarse y atreverse a romper «normas de su vida» y «deberías» esclavizantes (por ejemplo, ir al gimnasio tres horas diarias).
2. Se analizan con él los obstáculos reales y psicológicos de tomar la decisión de vivir solo y se repasan las técnicas que puede emplear para afrontar ese posible cambio de roles (cuidador principal, responsable parcial de la economía familiar...). Se vuel-

ven a trabajar ideas nucleares («necesidad de ser un buen hijo», «ser responsable con todas las consecuencias...») y se le anima a transgredir alguna de esas reglas cuya violación supondría un elemento importante en su crecimiento personal.

3. Alberto se plantea algunos objetivos nuevos: 1) comenzar a ahorrar dinero y comunicar y explicar esa decisión a sus padres y 2) reducir su asistencia al gimnasio e incorporar otras actividades físicas de grupo. Se trabajan ideas negativas asociadas, escenarios de comunicación y previsión de emociones.

#### *Sesión 14*

1. Se trabajan temas de autoconcepto y discrepancias y se debate sobre la necesidad de reducir discrepancias cuando sea posible y aceptar aquellos aspectos que no pueden cambiarse.
2. Se le pide de nuevo que haga una descripción de sí mismo (yo real-yo ideal-yo debería) y se debaten la funcionalidad o disfuncionalidad de las discrepancias existentes. Se utilizan técnicas de reducción al absurdo, de identificación del uso de dobles estándares que Alberto a veces utiliza para valorarse a sí mismo (de modo muy exigente) y para valorar a seres queridos (de modo mucho más benevolente y comprensivo). Se refuerzan los cambios positivos en el modo de verse a sí mismo.
3. Se finaliza la sesión elaborando un decálogo de «los derechos de Alberto D.» (1. Derecho a meter la pata y a que un amigo se enfade conmigo. 2. Derecho a decir que no. 3. Derecho a estar mal a veces...).
4. *Tarea para casa:* completar los mismos instrumentos utilizados en la evaluación inicial (véase tabla 9.6) y se le da un sobre franqueado para que lo envíe por correo antes de la siguiente sesión (que se acuerda para un mes después).

### **Sesiones 15 y seguimiento: Fin del tratamiento y prevención de recaídas**

#### *Sesión 15*

1. Revisión de los objetivos del tratamiento pidiendo al paciente que valore los cambios producidos. Se contrastan sus apreciaciones con la información obtenida con registros e instrumentos de medida y la propia valoración del terapeuta. Se exponen las áreas en las que ha habido cambios y también se le señalan áreas en las que el cambio ha sido menor, pero se subraya que el objetivo no es sentirse «perfecto» —idea irracional—, sino manejarse sin sufrimiento personal con sus imperfecciones.
2. Se recuerda la conveniencia de que mantenga los nuevos estilos de respuesta aprendidos enfatizando la importancia de:
  - Mantener actividades gratificantes.
  - Mantener contactos con amigos y familiares.
  - Mantener actitud de vigilancia y crítica ante evaluaciones negativas automáticas.
  - Práctica y generalización de habilidades aprendidas.
3. Se le pide que deje por escrito, en sesión, posibles situaciones futuras de riesgo (por ejemplo, «no terminar los estudios en el plazo previsto») y las estrategias de afrontamiento que, en función de lo aprendido, podría poner en funcionamiento. Una vez escritas, se le pide que las guarde y «atesore».

Se acuerda una cita para tres meses más tarde y se le asegura la posibilidad de contacto en cualquier momento que lo necesite.

#### **9.2.10. Resultados**

En el caso presentado, la valoración de los resultados se efectuó de un modo continuado, lo que permitió ir guiando las intervenciones efectuadas

y comprobando su eficacia. Aunque el criterio de mejoría subjetiva de Alberto fue fundamental, también se atendió a otros criterios paralelos con los que no siempre (aunque éste no fue el caso) hay coincidencia (por ejemplo, a veces los pacientes deprimidos no perciben fácilmente mejorías y parte de la intervención cognitiva se dirige a identificar, valorar y reajustar el propio concepto de «mejoría», de bienestar o de progreso).

Los criterios múltiples empleados a lo largo del tratamiento avalaron la elección del momento más adecuado de finalización del tratamiento. Estos criterios, para los que se emplearon medidas diversas (véase tabla 9.6), fueron:

- Remisión total de síntomas (estado «no deprimido» según puntos de corte en un instrumento validado; en nuestro caso, el BDI-II).
- Ausencia de diagnóstico de depresión según criterios DSM-IV-TR.
- Logro de objetivos terapéuticos acordados.
- Generalización de resultados en contextos diferentes.

- Percepción subjetiva del paciente de mejoría.
- Valoración del terapeuta.

Una remisión completa del cuadro exigiría el seguimiento hasta los 12 meses en los que se sigan manteniendo los criterios antedichos. En nuestro caso, sólo tenemos datos de la evaluación a los tres meses de un proceso que esperamos dure al menos un año. Los datos del seguimiento hasta este momento permiten avalar la consistencia de los resultados, pues su estado general sigue siendo satisfactorio en todas las áreas de funcionamiento.

En la figura 9.2 indicamos algunos de los parámetros en registros creados ad hoc (por ejemplo, pensamientos e imágenes rumiativas) y otras medidas de evaluación (por ejemplo, desesperanza) que, además, sirvieron en momentos oportunos para devolver información al paciente, reasegurarle en las ganancias obtenidas y limitar posibles elementos de dependencia posterior hacia la terapia. En buena medida, el aval de que Alberto ha mejorado proviene de cambios destacables en su funcionamiento valorados mediante diversos procedimientos.

## ACTIVIDADES PRÁCTICAS

### Actividad 1. Tareas de evaluación y diagnóstico.

- ¿Qué criterios y estrategias adicionales se podrían haber empleado para evaluar al paciente de este caso o uno similar? ¿Qué autorregistros diferentes podrían haberse utilizado? (Descríbelos y diseñalos.)
- Realiza un registro, personal o no, diario, durante una semana, de un listado relevante de diez emociones positivas y diez negativas evaluando al final de cada día el número de actividades realizadas. Valora la relación existente entre ambos parámetros (emociones y actividad) y la utilidad de este tipo de registros en un contexto clínico.
- Si una persona con síntomas semejantes a los de Alberto D. presenta una historia y

un cuadro actual de anemia ferropénica, ¿qué pasos darías para efectuar el diagnóstico psicológico? ¿Cómo llegarías a la conclusión de que es, o no, trastorno depresivo mayor no orgánico? ¿En qué variaría el tratamiento?

- Haz las modificaciones necesarias en el cuadro descrito para que pudiera encajar plenamente como un trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido. ¿En qué variaría el tratamiento?
- En la tabla 9.9 se muestran las autodescripciones que el paciente hizo antes del tratamiento y una vez finalizado. Haz un análisis de los cambios habidos en diferentes áreas y plantea cómo puedes utilizar esta información para la descripción de la mejo-

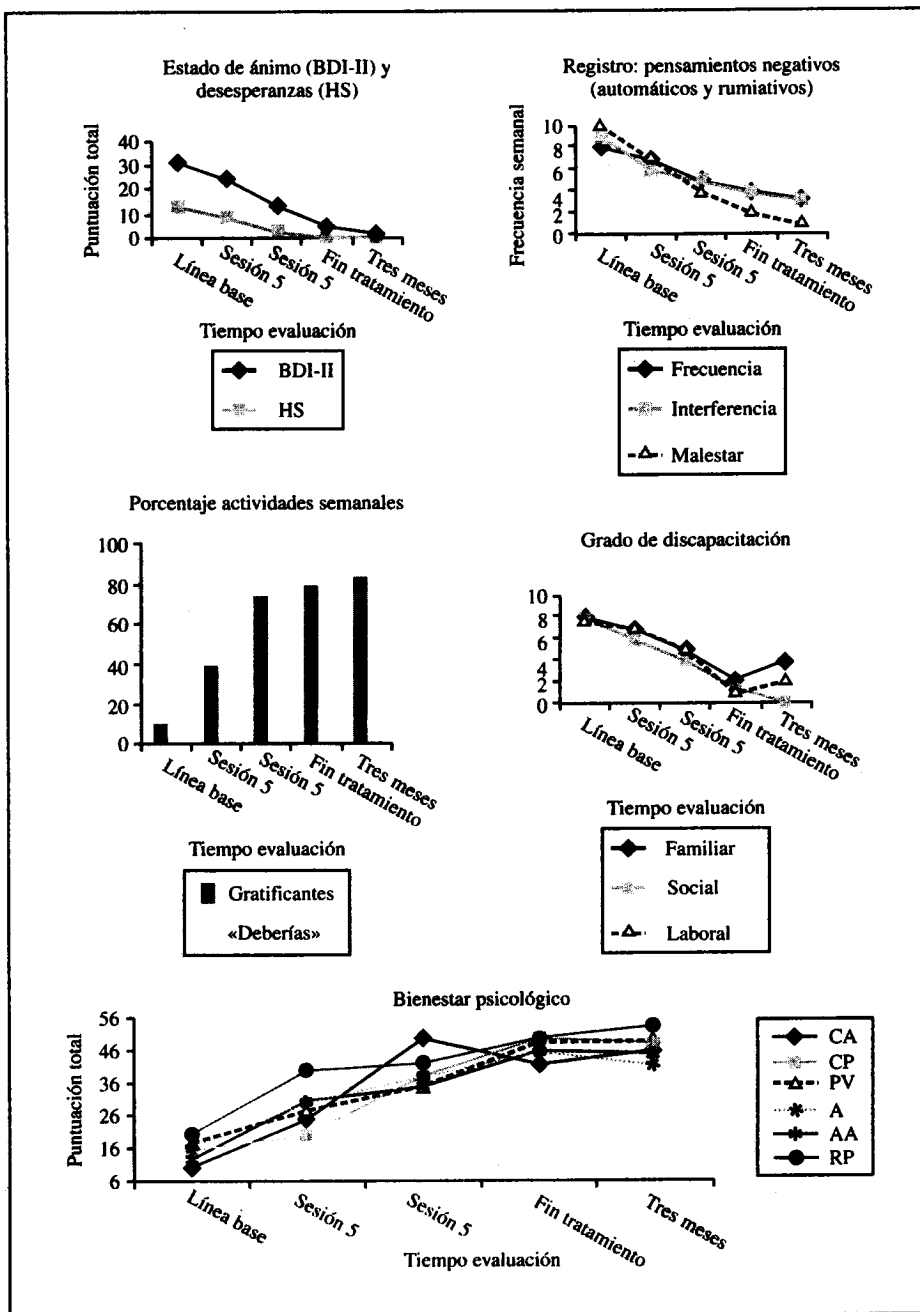


Figura 9.2.—Gráficas de resultados de la evaluación continuada de síntomas (estado de ánimo, desesperanza, pensamientos automáticos y rumiativos negativos) y funcionamiento (porcentaje de actividades, funcionamiento global, bienestar psicológico) en diferentes momentos de la intervención: línea base, sesión 5, sesión 10, fin de tratamiento (sesión 15) y a los tres meses.

TABLA 9.9

*Ejemplo medida ad hoc empleada para la evaluación de discrepancias entre diferentes dominios del autoconcepto: yo-real, yo-ideal, yo-debería*

Tiempo evaluación	Yo-real	Yo-ideal	Yo-debería
<i>Línea base</i>	<p>Hasta hace un año, creo que podría haberme descrito como una persona con suerte, por todo lo que tenía y a otras personas les gustaría tener. Joven, «con toda la vida por delante», sin preocupaciones, estudioso, deportista, con novia... Ahora, realmente, ya no sé quién es Alberto. Quizás la mejor definición sería «un fraude». Porque era un conjunto de promesas que no he llegado ni llegaré a cumplir. Una carrera deportiva que se ha ido a pique, unos estudios que estoy dejando que sigan el mismo camino, una vida que no es la que mi familia quería para mí. Ni la que quiero yo, quizás. Sigo por inercia determinadas cosas sin saber muy bien por qué las hago. Voy camino de convertirme en un fracasado o, a lo sumo, en un mediocre. Eso es Alberto ahora.</p>	<p>Si tuviera poder para cambiar las cosas, posiblemente volvería a quien yo era hace un par de años. Una persona vitalista, valiosa, confiada en sí misma, capaz de conseguir todo lo que pretende, independiente, luchador, tenaz, envidiado. Una persona en condiciones.</p>	<p>Debería... haber sido capaz de no defraudar a los que apostaron por mí. Debería poder adaptarme a la nueva situación de mi familia y los cambios que han venido a partir de ello. Debería «ponerme las pilas» con los estudios. Debería poder salir delante de esto yo solo.</p>
<i>Fin de tratamiento (sesión 15)</i>	<p>Resulta muy difícil la tarea de definirse a sí mismo. Sobre todo, porque no es fácil encontrar algo «fijo» que te defina: intentas estabilizarte sobre algo, pero ese algo puede cambiar, y tienes que estar constantemente adaptándote. Yo he conseguido adaptarme. La vida te pone constantes obstáculos y lo más inteligente es hacerles frente en vez de evitarlos. Es duro, pero es la vida. Y actuar con responsabilidad supone aceptar el juego de la vida. Supongo que esa es una de las características que más me define: responsable. Y ser luchador, porque aunque por un momento pareció que desfallecía, conseguí retomar las riendas de mi vida y aprender de mis errores.</p>	<p>¿Hacia dónde voy ahora? Me gustaría poder continuar encauzando mi vida para conseguir todo aquello que algún día soñé: continuar con mi carrera deportiva, aunque sin permitir esta vez que una medalla arruine el resto de mi vida, terminar mis estudios, conseguir un buen puesto de trabajo, independizarme, poder formar una familia con Paola y sostenerla sin ahogos económicos.</p>	<p>Debería poder sostener lo que he aprendido en terapia. Debería ser capaz de no cegarme con mis proyectos y escuchar más a los que están a mi alrededor y también me necesitan. Debería escucharme a mí mismo y recordarme quién soy antes de volver a hundirme por un fracaso. Debería recordar que tiene más valor aquel que se levanta después de haber caído que quien nunca ha fracasado...</p>

ría y posibles elementos residuales disfuncionales que pueden estar todavía presentes siendo factor de riesgo futuro de recaídas. (El marco teórico de las discrepancias del *self* de T. Higgins puede ser un referente adecuado.)

### Actividad 2. Análisis de modelos explicativos.

En el modelo explicativo del caso clínico se han introducido varios componentes de diversos modelos explicativos psicológicos de la depresión.

- Identifica los componentes de esos modelos implícitos en la explicación dada (figura 9.1) y narra cómo se inician y mantienen las conductas problema enmarcando tu explicación en dichos modelos (te pueden ser de utilidad las referencias de Sanz y Vázquez, 1995; Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000a).
- Elige un marco explicativo (modelo de desesperanza, modelo conductual de Lewinsohn, modelo cognitivo de Beck, modelo interpersonal de Gottlib, modelo ecológico social de Brown y Harris...) e intenta desarrollar y explicar el caso desde ese modelo. ¿Qué implicaciones tendría esa elección en la terapia?

### Actividad 3. Análisis de modalidades y estrategias de tratamientos.

- Elige algún manual o texto sobre intervención (véanse algunos recomendados al final de este capítulo) y desarrolla un módulo de intervención adicional para el caso de Alberto D., que podría haber complementado la intervención.
- En casos como éste es normal que el paciente esté medicado. Si ése es el caso, valora cómo manejarías ese componente en tu intervención. ¿En qué medida diferentes antidepresivos pueden producir efectos secundarios y cómo esto afectaría a la intervención psicológica? ¿Aparte de su eficacia, hay diferencias entre fármacos antidepresivos?
- En el caso hemos hecho algún énfasis en aspectos relacionados con emociones positivas.

¿Cómo podría trabajarse, en la evaluación y en la intervención, con procedimientos derivados de aproximaciones relacionadas con ese aspecto?

- El modo en que las personas normales afrontan situaciones vitales difíciles es normalmente saludable a pesar de muchas creencias populares y profesionales. Los datos sobre cómo la gente reacciona ante sucesos potencialmente traumáticos indica que se ponen en marcha muchas estrategias espontáneas. ¿Cómo se podrían trasladar a los programas terapéuticos de la depresión los conocimientos que hemos ido adquiriendo sobre esto? (Algunas fuentes relevantes para desarrollar esta actividad pueden ser Pérez-Sales, 2003; Vázquez y Pérez-Sales, 2003.)
- Muchas personas que acuden en busca de ayuda profesional emplean simultáneamente, o han empleado, otros remedios «caseiros» o populares para luchar contra la depresión. Como actividades relacionadas, sugerimos:
  - Elabora una encuesta y sondea qué cosas hace la gente para sentirse mejor cuando se siente triste.
  - Indaga sobre remedios de herbolario (utilidad, dosis, precios, tipo de compradores...). Fuentes de información útiles son <http://www.aafp.org/afp/20000901/1051.html> y Eisenberg et al., 1998.
  - Los relatos de experiencias depresivas son frecuentes y algunos de gran calidad literaria. Algunos textos interesantes, de muy diferente contenido, son los siguientes:
    - a) A. Solomon (2002). *El demonio de la depresión*. Barcelona: Ediciones B.
    - b) W. Styron (1996). *Esa visible oscuridad*. Barcelona: Grijalbo.
    - c) C. S. Lewis (1988). *Una pena observada* (trad. Carmen Martín Gaité). Madrid: Trieste.
  - Elige algún libro y reflexiona sobre cómo los seres humanos se enfrentan a las pérdidas y los recursos que espontáneamente utilizan. Analiza las diferencias y simili-

tudes con las aproximaciones psicoterapéuticas profesionales y reflexiona sobre el posible trasvase entre ambas.

- Una fuente de información, de organismos gubernamentales o no, sobre la salud mental, se halla en Internet. Intenta realizar un análisis de las recomendaciones de tratamiento que se ofrecen en diferentes foros

nacionales e internacionales (asociaciones profesionales de medicina y psicología, páginas de organismos internacionales, centros de revisiones sistemáticas y guías de tratamiento, etc.). ¿Qué recomendaciones se suelen hacer? En los foros de autoayuda, ¿hay información sobre tratamientos eficaces?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alpert, J. E., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A. y Fava, M. (2000). Nutrition and depression: focus on folate. *Nutrition*, 16, 544-581.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures (2000). *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, I. (2001). Meta-analytical studies on new depressants. *British Medical Bulletin*, 57, 161-178.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G. y DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-585.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522.
- Blackburn, I. M., Eunson, K. M. y Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 65-75.
- Bland, R. C. (1997). Epidemiology of affective disorders: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 367-377.
- Bollini, P., Pampallona, S., Tibaldi, G., Kupelnick, B. y Munizza, C. (1999). Effectiveness of antidepressants. Meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials. *British Journal of Psychiatry*, 174, 297-303.
- Brown, G. W. (1989). Depression: A radical social perspective. En K. Herbst y E. Paykel (Eds.), *Depression: An integrative approach*. Londres: Heineman Medical Books.
- Casacalenda, N., Perry, J. y Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1354-1360.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A. et al. (1998). *Update on empirically validated therapies: II. The Clinical Psychologist*, 51 (1), 3-16.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Christensen, L. (1996). *Diet-Behavior Relationships: Focus on Depression* American Psychological Association.
- Comeche, M. I., Díaz, M. I. y Vallejo, M. A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Craighead, W. E., Hart, A. B. y Madsen, J. W. (2000). Recaída/recurrencia de la depresión mayor. *Psicología conductual*, 8 (3), 525-545.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28 (2), 139-147.

- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z. y Simons, A. (1999). Medications versus cognitive behavioral therapy for severely depressed outpatients: Meta-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1013.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J., Dalgard, O., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vázquez-Barquero, J., Wilkinson, G. y la Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. (2000). *British Medical Journal*, 321, 1450-1454.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. y Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1569-1575.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielsezny, M., Canestrani, R. y Morphy, M. A. (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1296-1269.
- Freeman, A., Simon, K., Beutler, L. y Arkowitz, H. (1989). *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. Nueva York: Plenum.
- Geddes, J. R., Freemantle, N., Mason, J., Eccles, M. P. y Boynton, J. (2000). *SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Nueva York: Guilford.
- Gilbody, S., Whitty, P., Grimshaw, J., y Thomas, R. (2003). Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care. A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3145-3151.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. et al. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. y Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Gutiérrez, T., Raich, R. M., Sánchez, D. y Dus, J. (Coords.) (2003). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, D. C. et al. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 52, 11-19.
- Hunot, V., Churchill, R., Corney, R., Knapp, M., McGuire, H., Tylee, A. y Wessely, S. *A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression* (revisión Cochrane en fase de realización).
- Hypericum Depression Trial Study Group (2002). Effect of Hypericum perforatum (St John's wort) in major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 287, 1807-1814.
- Jacobson, N. S. y Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century: Scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research & Therapy*, 38, 103-117.
- Joffe, R., Sokolov, S. y Streiner, D. (1996). Antidepressant treatment of depression: a metaanalysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 613-616.
- Judd, L., Schettler, P. y Akiskal, H. (2002). The prevalence, clinical relevance, and public health significance of subthreshold depressions. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 685-698.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G. y Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30.
- King, M., Ward, E., Lloyd, M., Sibbald, B. y Bower, P. (2000). Executive Summary 20-Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression and mixed anxiety and depression in primary care. National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester. Disponible en <http://www.npcrdc.man.ac.uk/Publications/Es20.pdf>.
- Klerman, G. y Weissman, M. (1989). Continuities and discontinuities in anxiety disorders. En P. Williams y G. Wilkinson et al. (Eds.), *The scope of epidemiological psychiatry: Essays in honour of Michael Shepherd* (pp. 181-195). Florence, KY: Taylor y Francis/Routledge.

- Lam, R. W. y Kennedy, S. H. (2004). Evidence-based strategies for achieving and sustaining full remission in depression: focus on metaanalyses. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (suppl. 1), 17S-26S.
- Lawlor, D. y Hopker, S. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 763-767.
- Leon, A., Shear, M., Portera, L. y Klerman, G. (1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: the Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 78-82.
- Linde, K. y Mulrow, C. D. (2001). *St John's wort for depression. (Cochrane Review)*. The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
- Loonen, A. J., Peer, P. G. y Zwanikken, G. J. (1991). Continuation and maintenance therapy with antidepressive agents. Meta-analysis of research. *Pharm. Week. Science*, 13, 167-175.
- MacGillivray, S., Arroll, B., Hatcher, S., Ogston, S., Sullivan, F., Williams, B. y Crombie, I. (2003). Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared to tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 326, 1014-1019.
- Malik, M. L., Beutler, L. E., Alimohamed, S., Gallagher-Thompson, D. y Thompson, L. (2003). Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and non-cognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 150-158.
- Mather, A. S., Rodríguez, C., Guthrie, M. F., McHarg, A. M. y Reid, I. C. (2002). Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 180, 411-415.
- McDermut, W., Miller, I. W. y Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
- McIntyre, R. y O'Donovan, C. (2004). The human cost of not achieving full remission in depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (suppl. 1), 10S-16S.
- Méndez, X., Moreno, P. J., Sánchez-Meca, J., Olivares, J. y Espada, J. P. (2000). Eficacia del tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: una revisión cualitativa y cuantitativa de dos décadas de investigación. *Psicología Conductual*, 8 (3), 487-510.
- Mulrow, C. D., Williams, J. W. Jr. y Trivedi, M. et al. (1999). *Treatment of Depression: Newer Pharmacotherapies. Evidence Report/Technology Assessment No. 7*. (Prepared by the San Antonio Evidence-based Practice Center based at The University of Texas Health Science Center at San Antonio under Contract 290-97-0012.) AHCPR Publication No. 99-E014. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research (disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?call=bv.View..ShowSection&rid=hstat1.chapter.9286>).
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A. B. y De Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Muñoz, R. F., Hollon, S. D., McGrath, E., Rehm, L. P. y VanDenBos, G. R. (1994). On the AHCPR depression in primary care guidelines: Further considerations for practitioners. *American Psychologist*, 49, 42-61.
- Mynors-Wallis, L. M., Gath, D. H., Lloyd-Thomas, A. R. y Tomlinson, D. (1995). Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal*, 310, 441-445.
- National Institute of Mental Health (2002). *Sequenced treatment alternatives to relieve depression*. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health (disponible en: <http://www.edc.gsph.pitt.edu/stard/public/index.html-ssi>).
- Nemets, B., Stahl, Z. y Belmaker, R. (2002). Addition of omega-3 fatty acid to maintenance medication treatment for recurrent unipolar depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 477-479.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. y Munizza, C. (2004). Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression: A Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*, 61 (7), 714-719.
- Parikh, S. V. y Lam, R. W. (2001). CANMAT Depression Work Group: Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. I. Definitions, prevalence and health burden. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (suppl. 1), 13S-27S.
- Parker, G., Roy, K. y Eyers, K. (2003). Cognitive behavior therapy for depression? Choose horses for courses. *American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 825-834.

- Paykel, E. S. (2001). Continuation and maintenance therapy in depression. *British Medical Bulletin*, 57, 145-159.
- Peet, M. y Horrobin, D. (2002). A dose-ranging study of the effects of ethyleicosapentaenoate in patients with ongoing depression despite apparently adequate treatment with standard drugs. *Archives of General Psychiatry*, 59, 913-919.
- Pérez, M. y García-Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Pérez-Sales, P. (2003). *Psicoterapia de respuestas traumáticas. Trauma y resistencia*. Madrid: Escosura Producciones.
- Perris, C., Blackburn, I. M. y Perris, H. (Eds.) (1988). *Cognitive psychotherapy. Theory and practice*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Rehm, L. R. (1995). Psychotherapies for depression. En K. D. Craig y K. S. Dobson (Eds.), *Anxiety and depression in adults and children* (pp. 183-208). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rowland, N., Bower, P. y Mellor-Clark, J. et al. (2001). *Counselling for depression in primary care (Cochrane Review)*. The Cochrane Library, Issue 2. 2001 Oxford: Update Software.
- Rush, A. J. y Hollon, S. D. (1991). Depression. En B. D. Beitman y G. L. Klerman (Eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 21-142). Washington: American Psychiatric Press.
- Ryff, C. D. y Keyes, L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: Propiedades clínicas y psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 19, 707-750.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1994). Algunas consideraciones adicionales sobre la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck. *Análisis y modificación de conducta*, 20, 669-673.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2, pp. 341-378). Madrid: McGraw-Hill.
- Schulberg, H. C., Katon, W., Simon, G. E. y Rush, A. J. (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, 55 (12), 1121-1127.
- Screening for Depression in Adults. Summary of the Evidence (2002). *Annals of Internal Medicine*, 136 (10), 765-776 (disponible en Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD: <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/depression/depsuml.htm>).
- Sheehan Disability Scale (1983). En American Psychiatric Association. Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures (2000). *Handbook of psychiatric measures*, pp. 113-115. (Test en CD en: Chapter 8, Mental Health Status, Functioning, and Disabilities Measures.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. y Pilkonis, P. et al. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Thompson, C. (2002). Light therapy in the treatment of seasonal and non-seasonal affective disorders: a meta-analysis of randomised controlled trials. Abstract number S4.4. *Journal of Affective Disorders*, 68, 89.
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C. y Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el «Coping Inventory of Depression» (CID). *Psicología conductual*, 4, 9-28.
- Vázquez, C. y Jiménez, F. (2000). Depresión y manía. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds.), *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 255-308). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C. y Muñoz, M. (2002). *Entrevista diagnóstica de adultos*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C. y Pérez, P. (2003). Emociones positivas, trauma y resistencia. *Ansiedad y estrés*, 9, 203-229.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1995). Trastornos depresivos: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (vol. 2, pp. 299-340). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Hervás, G. y Nieto, M. (en prensa). Evaluación de la depresión. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para la evaluación cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*.

- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F. y Becoña, E. (2000a). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *Psicología conductual*, 8, 417-449.
- Vázquez, F. L., Muñoz, R. F. y Becoña, E. (2000b). ¿Qué tratamientos son eficaces para tratar la depresión: psicológicos, médicos o combinados? *Psicología conductual*, 8, 561-591.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A. y Jarrett, R. B. (2004). Improvement in social-interpersonal functioning after cognitive therapy for recurrent depression. *Psychological Medicine*, 34, 643-658.
- Wampold, B., Minami, T., Baskin, T. y Tierney, S. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus «other therapies» for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Whiskey, E., Werneke, U. y Taylor, D. (2001). A systematic review and meta-analysis of *Hypericum perforatum* in depression: a comprehensive clinical review. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 239-252.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope*. Ginebra: World Health Organization (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/>).