



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2015/2016
Convocatoria Diciembre



Modalidad:

Título: Diseño de una propuesta de intervención grupal para pacientes diagnosticados de depresión mayor.

Autor: Richart Quereda, Javier

Tutora: Orgilés Amorós, Mireia

Índice

1. Resumen	
2. Introducción	
3. Método.	
3.1. Objetivos:	
3.1.1. General.	
3.1.2. Específicos	
3.2. Beneficiarios	
3.3. Instrumentos de evaluación	
3.4. Descripción del programa de intervención	
4. Discusión/Conclusión	
5. Bibliografía.	
6. Anexos	
Anexo A. XXXXX.....
Anexo B. XXXXX.....
Anexo C: XXXXX.....



1. Resumen.

La depresión es un trastorno cada vez más común en la sociedad actual, constituyendo la población psiquiátrica más habitual. A fin de disminuir la constante presión asistencial existente en las Unidades de Salud Mental, son necesarios programas de intervención grupal que optimicen la escasez de recursos disponibles en el sistema sanitario actual. El programa de intervención incluye 3 módulos principales: psicoeducativo, conductual y cognitivo, la descripción de las técnicas y procedimientos empleados en el protocolo y la descripción de las sesiones terapéuticas.

PALABRAS CLAVE: Depresión, tratamiento psicológico, terapia de grupo, sintomatología depresiva, protocolo.

ABSTRACT: Depression is an increasingly common disorder in today's society , constituting the most usual psychiatric population. In order to decrease the constant care pressure existing in Mental Health Units, group-based intervention programs which optimize the lack of available resources in the current health system are needed. This intervention program includes 3 principal modules: psychoeducational, behavioral and cognitive, the description of the techniques and procedures applied in the protocol and the description of the therapeutic session.

KEYWORDS: Depresión, Psychological treatment, Group-based therapy, depressive symptomatology, Protocol.

2. Introducción.

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuente que reside en los seres humanos. No obstante, sentirse triste no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión clínica. Es necesario hacer énfasis en esta distinción, pues la depresión entendida como *síntoma*, se encuentra presente en una gran variedad de cuadros psicopatológicos u otras condiciones médicas, sin que por ello constituya un *síndrome* depresivo, es decir, un conjunto de síntomas covariantes relacionados (tristeza, insomnio, pérdida de energía, disminución acusada del interés o placer, etc.). Por lo tanto, habría que considerar otros criterios simultáneos para diferenciar los estados de ánimos depresivos de la depresión clínica (García y Sanz, 2012).

Según la concepción de varios autores, los estados depresivos únicamente varían en una sola dimensión, en un único continuo de gravedad, por lo que los cuadros depresivos se distinguirán únicamente por la intensidad *cuantitativa* de los síntomas (Requena, 2003). Sin embargo, otros autores defienden la idea opuesta, considerando que la depresión normal difiere *cualitativamente* de la depresión patológica y, a su vez, en ésta pueden diferenciarse subtipos entre sí (Andreasen, 1985). Pese a la controversia, los datos empíricos disponibles apoyan la existencia de un único continuo entre la reacción depresiva considerada normal y la propiamente patológica (Carrobles, 2014).

La depresión representa un problema social de primer orden: en la actualidad, se estima que afecta aproximadamente a un total de 350 millones de personas de todas las edades, ingresos y nacionalidades, convirtiéndose en una de las principales causas de discapacidad y contribuyendo de forma muy significativa a la carga mundial de morbilidad (OMS, 2012). Además, la previsión para el año 2020 situaría a la depresión en el segundo lugar de la escala mundial de discapacidad y baja laboral (Murray y López, 1996), alcanzando el primer puesto para el año 2030, según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud.

Algunos autores han sugerido que la depresión es un trastorno psicológico cuyas tasas ha ido en aumento, hasta el punto de mencionar que nos encontramos en la era de la depresión y, psicofarmacológicamente hablando, la época de los antidepresivos (Perris, 1985)

Los trastornos depresivos están caracterizados por una alteración del sentimiento, donde la tristeza constituye uno de los síntomas primordiales. El cuadro clínico que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sintomatología y curso evolutivo, así como su gravedad. No obstante, todas las personas afectadas por un trastorno depresivo suelen presentar un conjunto de cinco núcleos de signos y síntomas anímicos, motivacionales/conductuales, cognitivos, físicos e interpersonales (Vázquez y Sanz, 2008).

En cuanto a los síntomas anímicos, la tristeza es por excelencia la manifestación principal de los síndromes depresivos, convirtiéndose en la queja principal de aproximadamente la mitad de los pacientes (Klerman, 1987). Aunque los sentimientos de tristeza e infelicidad suelen ser los más destacados, en ocasiones el estado de ánimo dominante es de irritabilidad, vacío o nerviosismo.

Con respecto a los síntomas motivacionales y conductuales, la anhedonia –o incapacidad o capacidad disminuida para experimentar placer ante acontecimientos que previamente eran placenteros- suele ser el síntoma principal de un trastorno depresivo, junto con la tristeza. En su forma más grave, este tipo de inhibición conductual recibe el nombre de retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta (Vallejo, 2002).

En lo referente a los síntomas cognitivos, la memoria, la atención y la capacidad de concentración suelen decaer notablemente, disminuyendo la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, así como para desempeñar tareas cotidianas (Hartlage, Alloy, Vázquez y Dyckman, 1993). Por otra parte, también es frecuente encontrar alteraciones relacionadas con el contenido de las cogniciones. Síntomas como la autodepreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima, junto con pensamientos e ideas recurrentes de muerte o de suicidio y planes para llevarlos a cabo, forman parte los síntomas cognitivos presentes en personas depresivas (Baños, García-Palacios y Botella, 2011).

Por otro lado, la aparición de cambios físicos es bastante habitual en pacientes depresivos. Un síntoma común, que afecta a un 70-80 por 100 de los pacientes depresivos, son las dificultades en el sueño. Normalmente, el síntoma más característico es el insomnio, pero en algunos pacientes puede observarse hipersomnia. Otros síntomas comunes son la fatiga o pérdida de energía, ausencia de apetito, disminución o aumento significativo del peso corporal y una reducción de la actividad y el deseo sexual. Además de este conjunto de síntomas, algunos pacientes también se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (vómitos, estreñimiento, dolores de

cabeza, etc), siendo el médico de cabecera la persona que trata a los pacientes depresivos en una primera instancia (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

Otro grupo de síntomas un tanto descuidados en la sintomatología de la depresión, sobretodo en el diagnóstico, son los referidos a los aspectos interpersonales. Una característica destacable de las personas con un trastorno depresivo, es el deterioro de las relaciones interpersonales. Autores como Barnet y Gotlib (1988) sugirieron que un funcionamiento interpersonal inadecuado era un buen predictor de un peor pronóstico en el curso de la enfermedad, ya que estas personas solían recibir el rechazo de los demás, aislándoles aún más (Klerman y Weissman, 1986).

Una de las peculiaridades clínicas de la depresión, es que es un trastorno recurrente y con tendencia a presentar recaídas. Aunque la mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo acaban recuperándose por completo en 1 ó 2 años (Hirschfeld y Goodwin, 1989), aproximadamente un 15 por 100 de los casos va a tener un curso crónico (2 años o más deprimido). Además, alrededor de un 75 por 100 de los pacientes sufrirán al menos un segundo episodio en el transcurso de sus vidas, agravándose el problema de forma progresiva en cada nueva aparición (Vázquez et al, 2009).

La prevalencia de los trastornos depresivos en población general oscila entre el 9 y 20%, y aunque solamente la mitad o menos terminan solicitando ayuda, constituye aproximadamente el 20-25% de los diagnósticos psiquiátricos, convirtiéndose en el trastorno clínico más habitual (Bernardo, 2000).

Respecto a la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en muestras de población general, se ha hallado una variación de entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3% para los hombres, siendo éste dos veces mayores en mujeres que en varones. Sin embargo, estas diferencias desaparecen después de los 65 años. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, nivel de estudios, estado civil e ingresos económicos. La edad de aparición puede ser variable, aunque existe un riesgo más elevado en jóvenes-adultos (25-45) y a partir de los 60 años. Sin embargo, los datos epidemiológicos ponen de manifiesto que la edad de inicio está disminuyendo entre las personas nacidas recientemente en las últimas generaciones (APA, 2013).

Son múltiples las teorías y los autores que desde hace años han intentado explicar la etiología de los trastornos depresivos.

Desde un planteamiento genético, la tendencia a presentar un trastorno afectivo parece implicar una base fisiológica, indicando la posibilidad de una cierta heredabilidad. Un estudio llevado a cabo con una muestra total de 110 parejas de gemelos monocigóticos y heterocigóticos, reveló que las tasas de concordancia para los trastornos depresivos eran mayor en el caso de gemelos idénticos (0,36 y 0,17 respectivamente), aumentándose las cifras en los casos más graves (0,59 y 0,30). (Carlson, 2005). Asimismo, un estudio epidemiológico puso de manifiesto que los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de entre dos a cuatro veces mayor que el de la población general a presentar este trastorno, siendo la heredabilidad aproximadamente del 37% a lo largo del ciclo vital (Sullivan, Neal y Kendler, 2000).

Varios estudios han puesto en evidencia que las personas que padecen una depresión endógena corren un riesgo considerable de suicidarse. Según un estudio llevado a cabo por Chen y Disalver (1996), el 15,9 por ciento de personas con depresión unipolar intentan suicidarse. Otro estudio reveló que la tasa de muerte por causas no naturales en personas con un trastorno afectivo era 28,8 veces más elevado de lo esperado en personas de la misma edad en población general. (Scheider, Muller y Phillip, 2001),

Otra teoría sobre el origen de la depresión endógena está relacionada con la alteración en la producción o en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores cerebrales. Por lo tanto, según este planteamiento, la depresión clínica estaría estrechamente relacionada con una disfunción en los circuitos de dopamina, noradrenalina y serotonina (González de Rivera y Monterrey, 2008).

Desde un planteamiento psicológico, la vertiente cognitivo-conductual es la más investigada y aplicada en el campo de la depresión.

Los primeros modelos conductuales de la depresión enfatizaban en el modo en que la ausencia de reforzamiento conllevaba a la extinción de la conducta. Por lo tanto, según este enfoque, la ausencia o reducción significativa de consecuencias positivas predispondría al sujeto a disminuir su nivel de motivación e interés, lo que se derivaría en una reducción acusada de la actividad y la conducta del individuo. Asimismo, podrían darse en el entorno del sujeto consecuencias de carácter aversivo o situaciones de castigo que podrían contribuir en la inhibición o supresión de su conducta. (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2007). Posteriormente, Lewinsohn (1974) y su grupo de colaboradores, ampliaría esta teoría partiendo de los principios básicos del aprendizaje

instrumental propuestos originalmente, pero en lugar de focalizar la atención en la ausencia de reforzadores, se enfatizaría en la contingencia de éstos con la conducta.

Paralelamente, los modelos o teorías cognitivas parecen ser los más vigentes para explicar la etiología de los trastornos depresivos en la actualidad. Según este enfoque, la depresión estaría relacionada con el modo en que el sujeto interpreta los sucesos que acontecen en su vida. Entre las diversas teorías sugeridas, las que mayor relevancia tienen son las de Beck y Seligman.

En el caso de la teoría de Beck (2010), el elemento primordial son los errores o distorsiones cognitivas que se producen después de vivir sucesos o experiencias desagradables. Esto lleva al sujeto a interpretar determinados esquemas cognitivos básicos en un sentido ampliamente negativo, así como su capacidad de afrontamiento. Esta forma de procesamiento de la información es lo que conlleva al sujeto a la depresión clínica, a través de lo que Beck denomina <<triada cognitiva negativa>>, que alude a la devaluación propia del individuo, el entorno y el futuro.

El otro modelo propuesto es el de la indefensión aprendida, publicado originalmente por Seligman (1975), en términos estrictamente conductuales. No obstante, presentaba ciertas limitaciones, por lo que se reformuló hacia un enfoque cognitivo (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). Según este planteamiento, los trastornos depresivos son el resultado de la percepción de ausencia de control sobre el resultado de una situación, existiendo ciertos estilos atribucionales caracterizados por una serie de atribuciones internas de los sucesos negativos de forma estable a través del tiempo y de un modo generalizado, extendiéndolas a otras situaciones presentes y futuras (Freeman y Oster, 2007).

Por lo que respecta a los tratamientos actuales para la depresión, son varias las alternativas terapéuticas disponibles, aunque no todas igualmente eficaces (Fernández, 2012). De entre todos ellos, los que más se emplean en la práctica clínica y los que mejores resultados han obtenido hasta ahora son la farmacoterapia y la terapia cognitivo-conductual, que incluye técnicas desde la reestructuración cognitiva de las teorías o modelos cognitivos, hasta la activación conductual de los planteamientos conductistas, entre otras (APA, 2000; Pérez y García, 2003).

Teniendo en cuenta el planteamiento anterior, el objetivo general del presente trabajo es elaborar una propuesta de intervención psicológica, en formato grupal, para personas con un diagnóstico de depresión mayor, que integre todas las técnicas convencionales con el mejor apoyo empírico disponible para los tratamientos de la depresión mayor, y que sean susceptibles de aplicar en grupo.

3. Método.

3.1. Objetivos específicos:

Del objetivo general previamente expuesto se desprenden una serie de objetivos específicos.

Con el programa de intervención propuesto en el presente trabajo se espera que el paciente logre:

- Modificar creencias disfuncionales, favoreciendo la adopción de un pensamiento adaptativo.
- Disminuir sintomatología depresiva y prevenir recaídas.
- Conocimiento sobre la importancia de la enfermedad, qué la causa y qué formas hay de combatirla.
- Adquirir habilidades en la resolución de problemas.
- Mejorar el nivel de funcionamiento.
- Desarrollar o recuperar habilidades sociales.

3.2. Beneficiarios.

Los beneficiarios del programa de intervención propuesto serán pacientes con sintomatología depresiva, diagnosticadas de trastorno depresivo mayor y atendidas previamente en servicios de Salud Mental de Sant Joan d'Alacant.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con un diagnóstico de depresión mayor.
- Mayores de 18 años.
- Sujetos que realicen seguimiento tanto psicológico como médico en la Unidad de Salud Mental de Sant Joan d'Alacant.
- Estado sintomático que le permita participar y beneficiarse de la dinámica grupal.

Criterios de exclusión:

- Discapacidad intelectual.
- Patología psiquiátrica o trastorno cognitivo que imposibilite su acceso a este tipo de grupo.
- Riesgo de suicidio.
- Evidencias de problemas neurológicos.

- Abuso de tóxicos o alcohol.
- Conducta disruptiva y violenta.

3.3. Instrumentos de evaluación.

Previamente a comenzar el tratamiento, se llevará a cabo una evaluación inicial de línea base, que permitirá obtener información sobre distintas áreas de interés clínico. Al finalizar el mismo, se procederá a realizar una evaluación pos-tratamiento, a fin de comprobar si ha habido una mejoría y si se han cumplido los objetivos propuestos, y así valorar la eficacia del programa de intervención propuesto.

A continuación, se describen los instrumentos empleados en el protocolo de evaluación:

- “Inventario de depresión de Beck-II” (Beck Depression Inventory, BDI; Beck et al., 1961) Adaptación española (Vázquez y Sanz, 1991). Autoinforme diseñado en escala tipo Likert, por un total de 21 ítems para evaluar el estado de ánimo y el nivel de gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. Aunque el inventario recoge sintomatología de diversa índole, el 64% de los ítems se refiere a actitudes o síntomas verbales/cognitivos, siendo congruente con el modelo teórico de la depresión defendido por su autor principal (Beck, 2010). En cada uno de los ítems, el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxime a su estado medio durante las dos últimas semanas (adaptado a los criterios del DSM IV-TR), incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener la puntuación total de los 21 ítems, que varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Las categorías de severidad se han subdividido en intervalos: 0-10 indica depresión mínima, 11-17 depresión leve o media, 18-29 depresión moderada y 30-63 depresión grave. Además, esta adaptación goza de unas propiedades psicométricas considerables como instrumento de evaluación. En general, la consistencia interna oscila entre 0.73 y 0.95, siendo el coeficiente alfa medio de 0.92. La fiabilidad test-retest en intervalos cortos de una semana es de 0.81- 0.83. (Vázquez y Sanz, 1998).

- “Escala de Actitudes Disfuncionales” (DAS; Weissman y Beck, 1978). Adaptación de Vázquez y Sanz (1993). Autoinforme diseñado para evaluar la presencia de ciertos pensamientos subyacentes al pensamiento depresivo que, según la teoría de Beck, son los responsables de la depresión. Se compone de dos formas paralelas (A y B) altamente correlacionadas y con las mismas propiedades psicométricas. La escala cuenta con un total de 40 ítems sobre ideas irracionales que miden 6 principales sistemas de valores: aprobación, amor, logro, perfeccionismo, omnipotencia y autonomía. El sujeto debe responder en una escala tipo Likert el grado de acuerdo-desacuerdo (donde 1= totalmente desacuerdo y 7=totalmente de acuerdo) acerca de sus expectativas de control, la probabilidad de ocurrencia de resultados deseados, prejuicios sobre acontecimientos que pueden ocurrir y preocupación por los juicios que otros puedan hacer sobre la propia conducta. (Heiby y García, 1994). La puntuación total oscila entre 40 y 280, y se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada ítem. Las puntuaciones bajas indican creencias más adaptativas. Esta escala tiene una consistencia interna moderada (alfa de Cronbach = 0.70). En cuanto a su validez, demostró ser capaz de distinguir entre deprimidos y no deprimidos tanto en la puntuación global como en cada una de las escalas (Vázquez y Sanz, 1993)
- “Escala de Desesperanza” (Hopeless Scale, HS). Desarrollada por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974). Adaptación española de Aguilar et al (1995). Se trata de un instrumento de evaluación destinado a medir las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. Además, está considerada un buen predictor de la conducta suicida en población clínica (Bas y Andrés, 1996). Está constituida por 20 ítems, y contiene frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso. La escala HS proporciona una puntuación total y una serie de puntuaciones en tres factores diferentes: Factor afectivo (sentimientos sobre el futuro); Factor motivacional (pérdida de motivación); Factor cognitivo (expectativas sobre el futuro). Las respuestas señaladas como verdadero en los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20 valen 1 punto y las señaladas como falso en esos ítems valen 0 puntos. Las respuestas señaladas como falso en los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 y 19 valen 1 punto y las señaladas como verdadero en esos ítems valen 0 puntos. La puntuación total se obtiene

sumando todos los ítems y puede oscilar entre 0 y 20, donde: 0-8 supondría un riesgo bajo de cometer un suicidio y 9-20 un riesgo moderado-alto, dependiendo de la puntuación obtenida. Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas, presenta, en términos de fiabilidad, una consistencia aceptable, siendo el coeficiente alfa de Cronbach de 0.82 a 0.84. En cuanto a la validez de constructo, esta escala obtiene correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ($r= 0.37-0.70$), así como la desesperanza y los síntomas depresivos ($r= 0,35-0,54$). (Aguilar et al, 1995).

- “Inventario de incapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory; SDI)” (1983) Adaptación de Bobes J, et al (1999). Cuestionario autoadministrado que está compuesto por 5 ítems diseñados para medir, de forma subjetiva, el grado de discapacidad o disfunción en 5 áreas: Trabajo, vida social, vida familiar, estrés percibido (grado de preocupación en la última semana) y apoyo social percibido, a través de una escala visual análoga que va de 0 a 10 (0 = no discapacidad hasta 10 = máxima discapacidad). El ítem 5 se puntúa de igual modo que el resto, pero en porcentajes (0% = ningún apoyo hasta 100%= el apoyo ideal). La puntuación máxima de discapacidad global es de 50 puntos. No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor discapacidad. Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas, esta adaptación obtuvo una consistencia interna adecuada, siendo el alfa de Cronbach de 0'72. Además, el coeficiente de correlación intraclass en las subescalas, en un intervalo de 12 a 16 días, fue superior a 0'82 menos en estrés y apoyo social percibido, mostrando una alta fiabilidad test-retest.
- “Escala Multidimensional de Expresión social”(EMES; Caballo y Ortega, 1989). Pretende medir el comportamiento del individuo de acuerdo con una serie de habilidades sociales específicas. Consta de 64 ítems, en cada uno de los cuales se indica la frecuencia de aparición de conductas sociales, en una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos. Ofrece información acerca de diferentes factores que agrupan diferentes situaciones como iniciación de interacciones, hablar en público, defensa de los derechos del consumidor, expresión de molestia, desagrado, enfado, expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto, aceptación de cumplidos, rechazo de peticiones por parte del sexo opuesto, tomar la iniciativa en las relaciones con el sexo opuesto, preocupación por los sentimientos de los demás, expresión de cariño hacia los padres. Las puntuaciones más bajas indican peores puntuaciones en

habilidades sociales. Se han hallado datos sobre su consistencia interna, su fiabilidad test-retest y su validez concurrente. La escala ha sido analizada factorialmente, dando como resultado 12 factores claramente definidos que explican el 48% de la varianza total (Casas, Escandell, Ribas y Ochoa, 2010).

- Autorregistro diario de sueño: será cumplimentado por el sujeto todos los días de la semana con el objetivo de recabar información sobre la calidad del sueño: hora de acostarse, tiempo que tarda en acostarse, si durmió durante el día, número de veces que se despertó durante la noche, hora de despertarse y grado de descanso en una escala subjetiva (0-10).
- Autorregistro semanal de actividades: destinado a obtener información de forma diaria sobre el nivel de actividad del sujeto desde que se levanta hasta que se acuesta, anotando cada hora la actividad realizada. El paciente tendrá que apuntar una D para las situaciones de dominio o dificultad y una P para las situaciones de placer, baremando éstas de 0 a 10 (10= máximo grado de placer/máximo grado de dominio).
- Autorregistro de pensamientos distorsionados: cumplimentado por el sujeto para identificar pensamientos automáticos. En una tabla, deberá de anotar todas las situaciones o acontecimientos precipitantes, los pensamientos que tuvo en ese momento, la emoción o emociones negativas que sintió y la conducta llevada a cabo. Además, también permitirá recoger en una escala subjetiva de 0 a 10 la frecuencia, interferencia y malestar experimentado.

3.4. Descripción del programa de tratamiento.

El programa de intervención será implementado por un psicólogo del Centro de Salud de Sant Joan d'Alacant. Antes de incluir a los participantes en el programa grupal, se llevará a cabo una evaluación previa de aquellos sujetos que sean seleccionados por el psiquiatra o por el psicólogo como posibles beneficiarios del programa de tratamiento. De este modo, se comprobará si éstos cumplen el perfil para que la terapia grupal les beneficie.

El protocolo de intervención se compone de un total de 15 sesiones semanales de una hora de duración, que podrá modificarse en función de los objetivos alcanzados en el transcurso del programa. El número de participantes oscilará entre 5 y 7, dependiendo de la cantidad de sujetos que se inscriban.

Al finalizar el tratamiento, se establecerán tres momentos de seguimiento: al mes, a los 3 meses y a los 6 meses, con el objetivo de evaluar cuál ha sido la evolución de cada paciente durante el tiempo transcurrido. Se cumplimentarán los instrumentos de evaluación empleados en el protocolo para valorar el nivel de mejoría y valorar la eficacia del programa de intervención.

Durante el transcurso de las sesiones, el profesional adoptará un estilo socrático, con el objetivo de guiar a los pacientes hacia el autodescubrimiento de las alternativas racionales. El terapeuta formulará preguntas para que sean los participantes los que deduzcan los aspectos fundamentales de las sesiones. Asimismo, el psicólogo que impartirá el programa se centrará en lo que acontece en la vida diaria de forma práctica, de tal forma que el control pueda ser utilizado en el presente y en el futuro.

Al inicio de cada sesión, se revisarán las tareas asignadas en las sesiones anteriores y se resolverán las dudas que les hayan surgido respecto al contenido abordado en la sesión anterior.

Por lo que respecta a las garantías éticas, este programa está totalmente al corriente sobre la ley vigente de protección de datos de cada informe, y respetará en todo momento el código deontológico de la profesión.

Asimismo, se informará a los participantes sobre todos los aspectos relacionados con la confidencialidad, así como su consentimiento informado (véase Anexo B).

A continuación, se resume el contenido a tratar en cada sesión, que se detallará de forma exhaustiva en el Anexo A.

En la sesión 1 se explica en qué consiste el programa de tratamiento y nos presentamos. En las sesiones 2 y 3 comenzamos el módulo psicoeducativo para

conocer la enfermedad más a fondo. En las sesiones 4, 5 y 6 trabajamos con el contexto del sujeto, destacando los elementos conductuales. En las sesiones 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13 hacemos énfasis en los aspectos cognitivos y en las sesiones 14 y 15 valoramos resultados y prevenimos recaídas.

Tabla 1. Módulos, objetivos, técnicas y procedimientos de la terapia grupal.

Sesión	Objetivos	Técnicas y procedimiento
1 <i>"Presentación grupal"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un clima óptimo en el grupo. • Presentar a los miembros del grupo y sus problemas. • Identificar a los terapeutas. • Exponer el programa de tratamiento. 	<p>Ejercicios de presentación.</p> <p>Escucha activa.</p>
2-3 <i>"Módulo psicoeducativo"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y describir los síntomas depresivos más comunes y característicos. • Identificar y describir los factores que originan y mantienen la depresión. • Conocer los tratamientos actuales disponibles para la depresión. 	<p>Psicoeducación.</p> <p>Modelo multifactorial interactivo del proceso de la depresión.</p> <p>Modelo explicativo de la etiología, psicopatología y tratamiento de los trastornos depresivos.</p> <p>Tareas para casa.</p>
4-6 <i>"Módulo de tratamiento conductual"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar actividades y sensaciones gratificantes. • Reducir problemas inmediatos (sueño, tensión, pensamientos intrusivos, etc). • Promover aprendizajes y hábitos saludables. • Proporcionar habilidades que permitan aumentar la probabilidad de resolver problemas en situaciones adversas. 	<p>Revisar tareas.</p> <p>Activación conductual y motivacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Planificación gradual de actividades. -Planificación de tareas y evaluación de la Dificultad y Placer. -Planificación de actividades gratificantes. <p>Ensayos cognitivos.</p> <p>Pautas para la higiene del sueño.</p> <p>Relajación muscular (Jacobson).</p> <p>Detención del pensamiento.</p> <p>Entrenamiento en solución de problemas.</p> <p>Autorregistro de actividades (tareas para casa)</p>
7-13	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar creencias disfuncionales que mantienen las conductas y emociones desadaptativas. 	<p>Autorregistro de actividades (tareas para casa)</p> <p>Reestructuración cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Terapia cognitiva de Beck.

<p><i>Módulo de tratamiento cognitivo</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Corregir errores en el procesamiento de la información. • Proveer de habilidades y experiencias necesarias para crear un pensamiento adaptativo • Modificar autoverbalizaciones negativas. • Mejorar el comportamiento interpersonal inadecuado. 	<p>- Entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum.</p> <p>Entrenamiento en Habilidades Sociales.</p>
<p>14-15</p> <p><i>Módulo de prevención de recaídas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir recaídas y mantener logros. 	

4. Discusión y conclusiones.

A modo de conclusión, se puede decir que se ha pretendido crear un protocolo de intervención a través de las técnicas convencionales, más utilizadas en la práctica clínica y con el mayor apoyo empírico disponible actualmente para el tratamiento de la depresión mayor.

Tal y como señalan Gloaguen et al (1998), 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. Además, esta eficacia ha mostrado ser como mínimo, igual a la eficacia médica antidepressiva, tanto en las condiciones menos severas como en las más severas. Esta comparación es importante puesto que la medicación es el tratamiento de referencia (por ser el primero y el más establecido).

Continuando en esta línea, hay tratamientos psicológicos que han demostrado su eficacia en estudios controlados para el tratamiento de la depresión mayor. Estos son la Terapia de Conducta, la Terapia Cognitiva y la Terapia Interpersonal, considerados tratamientos «bien establecidos» (Pérez y García, 2003; APA, 2000). Además, todos

ellos son susceptibles de aplicación en grupo, y no sólo como tratamiento agudo, sino también como continuación, mantenimiento, prevención de recaídas y recurrencias.

Además, tal y como se ha expuesto en la descripción del tratamiento, el protocolo propuesto en el presente trabajo incluye componentes de los tres tratamientos que señalan Pérez y García (2003) y la American Psychiatric Association (2000) para de la depresión mayor.

Respecto a la duración del tratamiento, se considera que 15 sesiones (de frecuencia semanal) de una hora de duración aproximadamente serán suficientes. Es cierto que se ha de considerar que esta cifra varía en función del problema, las características del paciente, su adhesión al grupo y el ritmo terapéutico. No obstante, 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^o-12^o se ha conseguido el 80 por 100 de la mejoría en síntomas clínicos que el paciente ha de lograr en el transcurso del tratamiento (Vázquez et al, 2009).

Tal y como se ha comentado, las terapias psicológicas que han demostrado su eficacia para el tratamiento de la depresión mayor son susceptibles de ser aplicadas en grupo, de modo que su eficacia puede incrementarse haciéndose más eficientes, debido en parte a las ventajas que presenta el formato grupal frente al individual:

- El apoyo y la comprensión del resto de los componentes del grupo y del terapeuta
- La reducción del aislamiento en el que viven muchas personas que acuden a terapia.
- La oportunidad de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales y la interacción entre las personas del grupo
- El menor coste económico.

Un estudio llevado a cabo por Echeburúa et al (2000) reveló que la viabilidad de la terapia de grupo en los servicios de Salud Mental suponía un ahorro de costes importante. No obstante, pese a las ventajas que presenta, Oei y Kazmierczak (1997) estudiaron los factores relacionados con el abandono de la terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastornos del estado de ánimo, encontrando que aquellos sujetos que participaban menos en el grupo terminaban abandonando la terapia, a diferencia de aquellos sujetos que se implicaban activamente, terminando el tratamiento. Razonablemente, pese a las ventajas que presenta la terapia grupal, un gran número de participantes, aunque proporciona riqueza al grupo, hace difícil la posibilidad de

participación de cada miembro. Por este motivo, el programa expuesto estará formado por un total de 5 a 7 integrantes, con la posibilidad de hacer subgrupos y evitando en la medida de lo posible el aislamiento o la falta de participación.

A modo de conclusión, se puede decir que con el presente trabajo se ofrece un tratamiento psicológico integral que recoge todos los componentes terapéuticos para el tratamiento de la depresión mayor, a fin de disminuir la constante presión asistencial existente en las Unidades de Salud Mental, mediante un protocolo de terapia de grupo que puede proporcionar la eficacia, efectividad y eficiencia que se requiere en cualquier tratamiento psicológico de calidad, beneficiando tanto a la Unidad de Salud Pública como a pacientes de la misma.



5. Referencias bibliográficas.

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Aguilar et al. (1995). Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos: características psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck. *Anales de Psiquiatría*, 11 (4), 121-125.
- Alonso, J. (2002). Evaluación de las características psicopatológicas. En R. Fernández (Ed), *Introducción a la evaluación psicológica II*, (pp. 124-160). Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association (2000). Practice Guide for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl. 4).
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Andreasen, N.C. (1985). Conceptos, diagnóstico y clasificación. En E.S. Paykel (Ed.), *Psicopatología de los trastornos afectivos* (pp. 50-82). Madrid: Pirámide.
- Baños, R.M., García-Palacios, A. y Botella, C. (2011). Alteraciones de los procesos psicológicos. En V.E. Caballo, I.C. Salazar. y J.A. Carrobes (Dirs.), *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 80-91). Madrid: Pirámide.
- Barnet, P. A., y Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126
- Bas, F., y Andrés. V. (1996). Evaluación de procesos y constructos psicológicos de la depresión. En G. Bruela., V. Caballo., y J. Sirra. (Eds), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*, (pp.179-226). Madrid: Siglo XXI de España, Editores S.A.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, P. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 559-563
- Beck, A.T., Weissman.A., Lester.D., y Trexler.L. (1974). The measurement of pessimism: the hopeless scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión 19º Edición. Texto traducido*. Bilbao: Descleé de brower
- Becoña, E. (2012). Terapia de solución de problemas. En F.J. Labrador (Ed). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 461-478). Madrid: Pirámide.

- Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En J. Vallejo y C. Gastó. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 217-226). Barcelona: Masson Blackbur
- Bobes J, Luque A et al. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Medicina Clínica*, 112(14), 530-538.
- Caballo, V.E., y Ortega, A.R. (1989). La Escala Multidimensional de Expresión Social: algunas propiedades psicométricas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42, 215-221
- Caballo, V.E., y Iruña, M.J. (2012). Entrenamiento en habilidades sociales. En F.J. Labrador (Ed). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 573-591). Madrid: Pirámide.
- Carlson, N. R. (2005). Esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo. En N.R. Carlson. *Fisiología de la conducta*. Madrid: Addison Wesley.
- Carrobbles, J. A (2014). Trastornos depresivos. En V. Caballo, I. Salazar y J.A. Carrobbles (Eds), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 339-365). Madrid: Pirámide.
- Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M. y Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Assessment in Psychosocial. rehabilitation*, 105, 25 47.
- Chen, Y., y Dilsaver, S. (1996). Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biological psychiatry*, 39(10), 896-9.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. de Corral, P. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 108(26), 509-535
- Fernández, J.R. (2012). El final de la inocencia: la importancia del apoyo empírico a los tratamientos. En F.J. Labrador y M. Crespo (Eds), *Psicología clínica basada en la evidencia*, (pp. 21-35). Madrid: Pirámide.
- Freeman, A. y Oster, C.L. (2007). Terapia cognitiva de la depresión. En Caballo, E (Ed). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol

1. *Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 543-571). Madrid: Siglo XXI de España de Editores.

Froján, M.J. (2006). *Depresión. Guía de actuación para el tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.

García, M.P. y Sanz, J. (2012). Depresión. En M.I. Comeche y M.A. Vallejo (Eds), *Manual de terapia de conducta en la infancia* (2ª ed), (pp.196-204). Madrid: Dykinson.

Gloaguen, V., Cottraux, KL, Cuherat, M. et al. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.

González de Rivera, J.L. y Monterrey, A.L. (2008). Psicobiología de la depresión. En A.Belloch, B. Sandín y F.Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. (vol 2, pp. 379-397). Edición revisada y actualizada. Madrid: McGraw-Hill

Harlage, S., Alloy, L; Vázquez, C., y Dyckman. (1993). Automatic and effortful processing in depression. *Psychological Bulletin*, 113, 247-278

Hirschfeld, R. M., y Goodwin, F. K. (1989). Trastornos del estado de ánimo. En J.A. Talbort, R.E., Klerman, G.L. Hales y S. C. Yudofsky (Eds), *Tratado de psiquiatría* (pp, 401-438). Barcelona:Ancora.

Klerman, G.L., y Weissman, M. (1986). The interpersonal approach to understanding depression. En G. L. Klerman y T. Millon (Eds), *Contemporary directions in psychopathology. Towards the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.

Labrador, C. (2012). Técnicas de control de la activación. *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 199-222).

Larroy, C. (2012). Entrenamiento en autoinstrucciones. En F.J. Labrador (Ed). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 453-458). Madrid: Pirámide.

Lewinsohn, P.M. (1974). A havioral approach to depression. En R. J. Friedman y M.M. Karz (dirs), *The psychology of depression: contemporary theory and research* (pp 157-185). Nueva York: Wiley.

Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (2007) Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En Caballo, E (Ed). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 493-527). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

- Murray, C. J. L. y López, A.D. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assesment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University.
- Oei, T.P. y Kazmierczaz, T. "Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders". *Behaviour Research and Therapy*, 1997, 35(11), 1025-30.
- Olivares, J., Macià. D., Rosa. A.I. y Olivares, P.J. (2013). Estrategias y técnicas para producir reestructuración cognitiva. *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*, (pp. 212-227). Madrid: Pirámide.
- Perris, C. (1985). La distinción entre los desórdenes afectivos unipolares y bipolares. En E.S. Paykel (Ed), *Psicopatología de los trastornos afectivos* (pp. 236-261). Madrid: Pirámide.
- Perris, C. (1987). Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. *Integrative Psychiatry*, 5, 27-32.
- Pérez, M. y García, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-506.
- Pérez, M. y García, J.M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández y A. Isaac (Eds), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 161-188). Madrid: Pirámide.
- Requena, E. (2003) Trastornos del estado de ánimo. En A. Jarne y A. Talarn (Eds). *Manual de psicopatología clínica* (pp. 495-526). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Saiz, J. y Saiz, D. (2009). La depresión refractaria. *Mente y cerebro*, 39, 24-29.
- Salgado, A., Gómez, M.A., y Yela, J.R. (2012). Detención del pensamiento e intención paradójica. En F.J. Labrador (Ed). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 550-571). Madrid: Pirámide.
- Sanz, J., García. M.P, Espinosa. R., Fortún. M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(67), 707-750

- Sanz, J. y Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, (vol. 2, pp. 299-336) Edición revisada y actualizada. Madrid: McGraw-Hill.
- Schneider, B., Philip, M. y Muller, M.J. (2001). Psychopathological predictors of suicide in patients with major depression during a 5-year follow-up. *European psychiatry*, 16(5), 283-288
- Seligman, M. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate (orig. 1975).
- Sheehan, D.V., Harnett-Sheehan, K. Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11(3), 89-95.
- Sullivan, P.F, Neal, M. y Kendler, S. (2000). The genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1552-1562
- Vallejo, J. (2002). Trastornos depresivos. En J. Vallejo. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría (5ª ED) (pp. 501-530). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, G. y Hervás, G. (2009). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J.P. Espada y J. Olivares. *Terapia psicológica: casos prácticos (2ª Ed)* (pp. 201-225). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y Validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck, Barcelona: III, Congreso de Evaluación Psicológica.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1998). Fiabilidad, Validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318
- Vázquez, C. y Sanz, J. (2008). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, (vol. 2, pp. 341-378) Edición revisada y actualizada. Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnósticos, modelos teóricos y tratamientos a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449
- Weissman, A.N. y Beck, A.T. (1978). Development and validation of dysfunctional attitude scale: a preliminary investigation. Comunicación presentada en la reunión anual de la Asociación para el Avance de la Terapia de Conucta. Chicago.
- Williams, R.A. y Hagerty, B. (2005) *Depression Research in Nursing: Global Perspectives*. United States: Springer Publishing Co Inc.

World Health Organization (2012). Depresión. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>



6. Anexos

Anexo A (descripción de las sesiones).

Sesión 1

“Presentación grupal”

En la primera sesión pretendemos que los participantes comprendan la dinámica de la sesión grupal, los objetivos a los que queremos llegar, los beneficios que obtendremos y qué se va a tratar en las sesiones posteriores. Asimismo, el profesional tratará de transmitir a los participantes las ventajas que se pueden obtener de un tratamiento grupal frente al individual. Entre ellos, se recalcará la posibilidad de aprender de otros, percibir que no se es el único que está pasando por esta situación, motivarse por la mejoría de otros, comprometerse públicamente con el cambio, beneficiarse de la asistencia, etc.

Esta sesión la dedicamos para que todos los participantes del programa se presenten uno a uno, incluido el psicólogo. Además, les invitaremos a que cuenten al resto de participantes en qué consiste su cuadro psicopatológico.

El psicólogo que imparta esta sesión deberá, de forma dinámica, explicar en qué va a consistir la propuesta y las sesiones que se impartirán en las semanas restantes. Al mismo tiempo, también establecerá, en la medida de lo posible, un buen clima grupal que favorezca la adecuada evolución clínica de los pacientes.

Sesión 2 y 3.

“Módulo psicoeducativo”.

El contenido de estas sesiones está orientado a que los participantes conozcan toda la información pertinente a la depresión: síntomas característicos, factores que originan y mantienen el problema y tratamientos disponibles para combatirla. Durante el transcurso de estas sesiones, trataremos los contenidos poniendo ejemplos prácticos para afianzar la transmisión de información y les haremos participar en la dinámica para que poco a poco vayan sintiéndose cómodamente en el grupo.

Comenzaremos explicando qué es la depresión e identificaremos cuáles son los síntomas depresivos más comunes:

- Insomnio o hipersomnia.
- Estado de ánimo deprimido.
- Llanto.

- Pérdida de placer.
- Sentimientos de culpa, castigo e inutilidad.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos o deseos de suicidio.
- Pérdida o aumento de peso y/o apetito.
- Agitación o retraso psicomotor

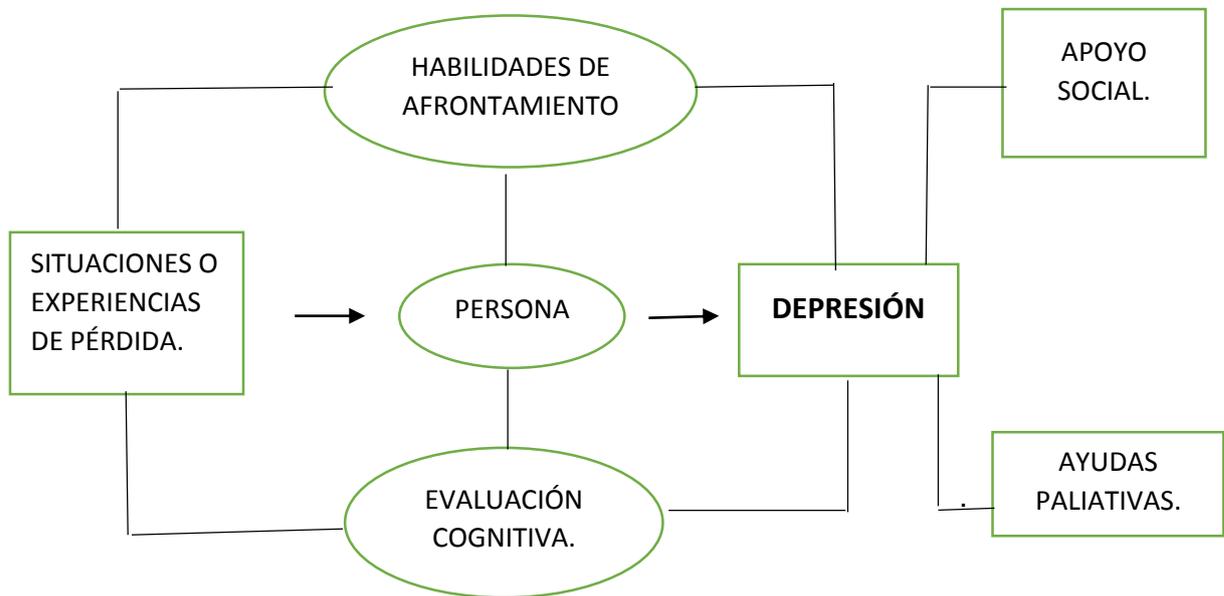
A continuación, una vez que los pacientes se identifiquen con los síntomas más característicos de la depresión clínica, explicaremos cuáles son los factores o las posibles causas de la sintomatología depresiva. El contenido a tratar es el siguiente:

- ¿Por qué se produce la depresión? (causas).
 - Factores genéticos.
 - Factores o sucesos externos.
 - Acontecimientos negativos.
 - Pérdida o disminución de acontecimientos o situaciones positivas.
 - Percepción subjetiva negativa de mí mismo, el mundo y el futuro.
 - Experiencias de frustración, desesperanza, fracaso, impotencia, etc.
 - Experiencias familiares tempranas.
 - Estrés.
 - Indefensión.
 - Baja autoestima.
 - Atribuciones distorsionadas de experiencias positivas y negativas.

Presentaremos, junto con esta explicación, un modelo multifactorial interactivo de la depresión para que comiencen a familiarizarse con los factores etiológicos desde una perspectiva holística. Además, se pondrán ejemplos prácticos durante el transcurso de la sesión para que los participantes puedan relacionarlo con lo que les sucede a ellos en la vida diaria.

Todos estos contenidos serán desarrollados con mayor profundidad en las sesiones posteriores, cuando comencemos con el módulo cognitivo.

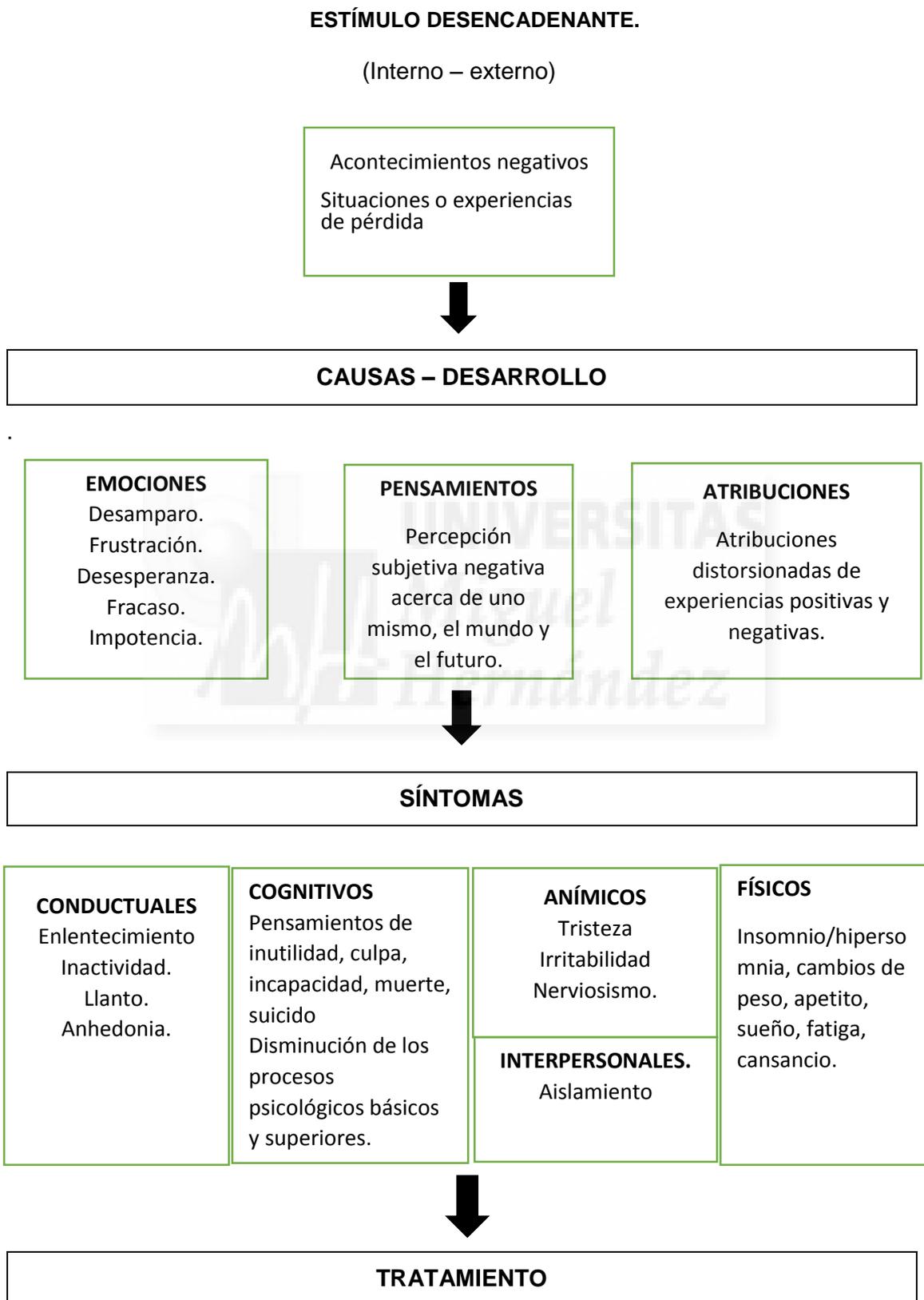
Figura 1. MODELO MULTIFACTORIAL INTERACTIVO DEL PROCESO DE LA DEPRESIÓN.



A continuación, una vez que los participantes se hayan familiarizado con los síntomas y los factores etiológicos, presentaremos un modelo que integre todo de manera conjunta, incluyendo los paquetes de tratamiento disponibles para combatir el trastorno.

Según dicho modelo explicativo (ver figura 2), los desencadenantes de la sintomatología depresiva son la ocurrencia de un acontecimiento negativo y/o la no ocurrencia de un acontecimiento positivo esperado. Estos desencadenantes causan las emociones, los pensamientos negativos y las atribuciones o explicaciones inadecuadas de los hechos acontecidos. La combinación de estos factores da lugar a los síntomas depresivos que se manifiestan a nivel conductual, cognitivo, emocional y fisiológico. Por ello, el tratamiento propuesto combina la intervención farmacológica con la intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual.

Figura 2: Modelo explicativo de la etiología, psicopatología y tratamiento de los trastornos depresivos.



FARMACOLÓGICO.

Antidepresivos.
Ansiolíticos.
Hipnóticos.

PSICOLÓGICO: COGNITIVO-CONDUCTUAL

Psicoeducación.
Activación conductual y motivacional.
Ensayos cognitivos.
Entrenamiento en habilidades de relajación.
Entrenamiento en solución de problemas.
Higiene del sueño.
Parada de pensamiento.
Reestructuración cognitiva.
Entrenamiento en habilidades sociales.

Al finalizar la sesión, se mandará para casa la lectura: Luchar contra la depresión, de A. T. Beck y la comentaremos al inicio de la próxima sesión.

Sesiones 4-6.***“Módulo conductual”***

Una vez que los participantes conozcan más a fondo la depresión clínica, nos centraremos en los elementos conductuales para tratar de reducir sintomatología depresiva (tristeza, anergia, anhedonia, inhibición, etc). 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, fomentar la capacidad de disfrute, reducir el bloqueo conductual y aliviar problemas inmediatos (sueño, tensión, etc), lo que además permite afianzar la pertinencia al grupo terapéutico.

Comenzaremos la sesión 4 con la programación de actividades para que los participantes ocupen su tiempo con el objetivo de contrarrestar la escasa motivación, su inactividad y su constante preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, les haremos valorar el grado de dominio (ejecución) y agrado (sentimientos de placer o diversión) de cada una de las actividades propuestas para combatir los sentimientos de inutilidad y pérdida de disfrute.

Se asignarán tareas graduales para que poco a poco lleven un ritmo progresivo de actividad, comenzando por actividades simples o fáciles de realizar, y aumentando progresivamente el nivel de dificultad. De este modo, conseguimos que el paciente aumente su nivel de actividad y se valore a sí mismo como útil y competente.

Realizaremos ensayos cognitivos para que éstos imaginen sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. De este modo, se facilita que presten atención a los detalles esenciales de las actividades, se contrarresta su tendencia a divagar y se identifican posibles obstáculos.

Antes de finalizar la sesión, se explicarán las pautas de higiene del sueño a seguir durante la semana que viene y se recordarán las tareas a realizar para la próxima sesión.

En la sesión 5, revisaremos las tareas mandadas la semana anterior e iremos aumentando el nivel de dificultad. También haremos un repaso de las pautas establecidas para la higiene del sueño y resolvemos dudas.

Posteriormente, dedicaremos el tiempo restante de la sesión al entrenamiento de la relajación muscular progresiva de Jacobson (Labrador, 2012) con el objetivo de que el paciente identifique las señales de sus músculos cuando están en tensión y que, una vez hecho, ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirlas (se relaje). También se enseñará la técnica de detención del pensamiento (Salgado, Gómez y Yela, 2012), con el objetivo de controlar la aparición de cogniciones intrusivas (imágenes, recuerdos, contenidos verbales, etc) y disminuir su frecuencia y duración sin necesidad de modificar el contenido de éstas, que es en lo que nos centraremos en el módulo cognitivo.

Al finalizar la sesión, recordaremos las tareas que tienen que llevar a cabo para el próximo día y que practiquen las técnicas de aprendidas.

En la sesión 6, revisaremos las tareas mandadas y nos centraremos en el aprendizaje de la técnica de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (Becoña, 2012), con el objetivo de proporcionar a los participantes ciertas habilidades que les permitan aumentar su probabilidad de resolver eficazmente diversas situaciones problemáticas. Las fases sobre las cuales nos vamos a basar son las siguientes:

- 1- Orientación hacia el problema: Los problemas existen y forman parte de la vida diaria, pero es posible hacerles frente de forma eficaz.
- 2- Definición del problema: Operativizar cuál es el problema al cual nos vamos a enfrentar. Obtener información relevante, clarificar su naturaleza y establecer una meta realista de solución.
- 3- Establecer objetivos: planteamos qué queremos conseguir de un problema. Si no tenemos claro qué queremos conseguir no sabremos si las estrategias que se pondrán en marcha son eficaces o no.
- 4- Generar soluciones alternativas: Se trata de buscar tantas soluciones alternativas como sea posible. Una misma solución para todo no siempre es eficaz.
- 5- Elegir la mejor solución.

- 6- Implementar la solución.
- 7- Valorar los resultados: si el problema no está resultado, volvemos hacia atrás ya que podemos habernos equivocado en alguna de las fases anteriores.

Sesiones 7-13

“Módulo cognitivo”

Dedicaremos las sesiones 7,8 y 9 a la explicación de la Terapia Cognitiva de Beck (2010; Olivares et al, 2013)

Empezaremos la sesión 7 recordando a los participantes si se acuerdan del autor del cual leyeron una lectura que se mandó al finalizar la sesión 3, que tenía por título “luchar contra la depresión”. Lo comentamos brevemente y procedemos a explicar que en las próximas sesiones hablaremos sobre este autor y el procedimiento que llevaremos a cabo basándonos en este modelo.

Continuaremos la sesión comentando que este autor parte del análisis del estilo de pensamiento típico de las personas con depresión. El contenido del pensamiento depresivo se caracteriza por una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, lo que Beck denomina “Triada Cognitiva Negativa”. Asimismo, el mismo autor ampliaría su teoría incluyendo los trastornos de ansiedad, puesto que los pensamientos se refieren a una visión de uno mismo como vulnerable, del mundo como amenazante y del futuro como impredecible e incontrolable (triada ansiógena). Por lo tanto, debido a la estrecha comorbilidad entre la depresión y los trastornos de ansiedad presentaremos un modelo que ejemplifique el tipo de pensamiento propuesto por Beck.

Figura 3. Modelo tripartito de la ansiedad y la depresión.



El tiempo restante de la sesión la dedicaremos a la presentación general del modelo de Beck y de los elementos clave que lo componen.

Postulado central: los trastornos emocionales y/o conductuales son el resultado de una alteración en el procesamiento de la información fruto de la activación de esquemas latentes, es decir, el trastorno es el resultado de una alteración en cómo se procesa la información lo que hace que se activen determinados esquemas latentes disfuncionales

Elementos clave:

1. Desarrollo de esquemas cognitivos básicos durante la infancia hasta la actualidad, que sirven para organizar el sistema cognitivo.
2. Existencia de pensamientos o representaciones mentales automáticos/inevitables, sin la intervención de un proceso de razonamiento previo.
3. Comisión de distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información
4. Los acontecimientos vitales estresantes pueden activar esquemas básicos disfuncionales que se han ido aprendiendo a lo largo del ciclo vital.

Empezaremos la sesión 8 haciendo un breve repaso de lo que vimos en la sesión anterior, y comenzaremos con el procedimiento básico:

1. **Fase educativa:** Instruir al participante en el modelo cognitivo. Hacer hincapié en la importancia de los pensamientos y de las distorsiones que existen. En esta fase se incitará a que los participantes compartan información relevante sobre su problema, tomando como referencia todos los elementos expuestos en la sesión anterior. Es importante conocer qué creencias tiene sobre lo que le está ocurriendo y por qué. Dedicaremos el tiempo disponible a esta sesión, puesto que las creencias sostenidas sobre las variables causales y de mantenimiento del problema pueden interferir en la aplicación de las técnicas cognitivas. La idea principal que se transmitirá es que las respuestas están causadas por pensamientos automáticos que se disparan a partir de una serie de condiciones previas, tales como los esquemas subyacentes y los eventos estresantes que potencialmente pueden activarlos. Además, se explicará que los pensamientos automáticos no son hechos establecidos, sino que son hipótesis que deben someterse a verificación. Se pondrán ejemplos para facilitar la comprensión y

se propondrán tareas para casa mediante los autorregistros de pensamientos distorsionados.

Las sesiones 9 y 10 las dedicaremos a la siguiente fase del modelo:

2. **Fase de entrenamiento en el contexto terapéutico:** Esta sesión la dedicaremos a la **detección de pensamientos automáticos**. El procedimiento que se seguirá será el siguiente:

- Formulación de preguntas abiertas para ayudar a que los registren.
- Descubrimiento guiado a través de preguntas con un fin.
- Registros de pensamientos automáticos (revisión de las tareas para casa).
- Uso de momentos emocionales durante la sesión para saber qué está pensando o qué se le está pasando por la cabeza.
- Inducción de estados emocionales o estados de activación particulares.
- Imágenes mentales ya que en ocasiones no tienen la frase sino la imagen (“qué estás pensando o qué se está pasando por la cabeza”).
- Role-playing: intercambio de roles. Hacernos pasar por pacientes simulando esos pensamientos y así se den cuenta.
- Contabilizar los pensamientos negativos.

En la sesión 10, una vez identificados los pensamientos automáticos, procederemos a debatir esas creencias, para lo que utilizaremos técnicas cognitivas y conductuales en el procedimiento:

Técnicas cognitivas:

1. Técnica de las cuatro preguntas + autorregistro de pensamientos automáticos (para identificar el acontecimiento, qué es lo que hace y cómo se siente ante dicho pensamiento)
 - ¿Cuál es la evidencia?
 - ¿Estoy confundiendo un pensamiento con un hecho?
 - ¿Estoy saltando a las conclusiones?
2. ¿Qué puntos de vista alternativos existen?
 - ¿Estoy considerando mi perspectiva como la única posible?
3. ¿Estoy cometiendo algún error (sesgo) de pensamiento?
4. ¿Qué efectos tiene pensar del modo en que lo hago?
 - ¿Los pensamientos negativos me ayudan o me hunden?
 - ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de pensar de este modo?

- ¿Me estoy haciendo preguntas que no tienen respuesta?

Técnicas conductuales:

- Experimentos conductuales
 - .Pruebas de realidad: se pondrán ejemplos de situaciones determinadas para que analicen un pensamiento concreto.

En la sesión 11 nos centraremos en el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum (Larroy, 2012). Esta técnica cognitiva pretende conseguir un cambio comportamental a través de la modificación de ciertas autoverbalizaciones que el propio sujeto realiza ante una tarea o problema, sustituyéndolas por otras más útiles.

Fundamentos principales:

- Reconocimiento del lenguaje interno como director y controlador del comportamiento.
- Para modificar una conducta es necesario:
 - Identificar los elementos cognitivos o motores de la cadena.
 - Sustituir los que son inadecuados por otros más adaptativos. Por ejemplo, sustituir el “voy a suspender” por otro más adaptativo como “a ver si tengo suerte” o “a ver si saco un 5”

Procedimiento de aplicación en la sesión:

1. **Modelado cognitivo:** aprendizaje por observación. El psicólogo servirá de modelo, se dará a sí mismo las instrucciones
2. **Modelado participante:** el psicólogo ya no se las dará a sí mismo, hace participar al participante pero le ayudará.
3. **Autoinstrucciones en alto:** el propio paciente se dará las instrucciones en alto sin la ayuda del psicólogo.
4. **Desvanecimiento de las autoinstrucciones en alto,** bajando el tono.
5. **Autoinstrucciones encubiertas** (mentales).

Las sesiones 12 y 13 las dedicaremos al entrenamiento en habilidades sociales (Caballo e Irurtia, 2012). Se han desarrollado programas de EHS específicos basándose en la premisa de que la conducta depresiva está relacionada con el funcionamiento interpersonal inadecuado (Becker, Heimerg y Bellack, 1987), centrándose en tres repertorios conductuales concretos que parecen ser especialmente relevantes para individuos que padecen de depresión:

- *Aserción negativa*, que implica conductas que permiten que las personas defiendan sus derechos y actúen con base en sus intereses.
- *Aserción positiva*, que se refiere a la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas, como el afecto, la aprobación, la alabanza y el aprecio, así como presentar las disculpas apropiadas.
- El entrenamiento en *habilidades de conversación*, que incluye iniciar conversaciones, hacer preguntas, realizar autorrevelaciones apropiadas y terminar las conversaciones adecuadamente. En todas estas áreas, se entrena directamente la conducta de los participantes y se les proporciona también entrenamiento en percepción social.

El procedimiento de aplicación y las técnicas empleadas en el mismo será el siguiente:

- **Fase educativa:**

- Dar instrucciones específicas sobre cada una de las respuestas concretas que se van a entrenar en la sesión.
- Resaltar la conducta social habilidosa a nivel molar y molecular.
- Razones que justifiquen la importancia de dichas conductas y la necesidad de ejecutarlas.

- **Fase de entrenamiento y práctica en el contexto natural:**

En esta segunda fase llevamos a cabo un entrenamiento/aprendizaje de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones interpersonales determinadas, centrándonos en los 3 repertorios conductuales mencionados anteriormente. Los componentes básicos a trabajar son: modelado, ensayo de conducta, retroalimentación y reforzamiento. Junto a estos componentes, se aplican estrategias de reducción de ansiedad (detención de pensamiento, relajación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y autoinstrucciones) ya aplicados en las sesiones anteriores.

- **Fase de práctica en contextos naturales:**

Una vez terminada la segunda fase de entrenamiento, se propondrán tareas y miniejercicios para casa en relación con las conductas sociales –ya entrenadas en la sesión- en situaciones naturales, con el objetivo de generalizar estos comportamientos en el contexto natural del individuo, lo que contribuye al mantenimiento de las habilidades aprendidas y de los cambios terapéuticos.

El entrenamiento de EHS grupal presenta las siguientes ventajas:

- Promueve la discusión acerca del comportamiento social entrenado.
- Ofrece diferentes modelos de conducta social apropiada.

- Suministra modelos de ejecución similares a los observadores (modelado de afrontamiento), además del modelado del terapeuta (modelado experto).
- Proporciona una tasa de reforzamiento positivo mayor.
- Otorga mayor retroalimentación.

Sesiones 14-15

“Prevención de recaídas”

Para terminar, en las sesiones 14 y 15 se analizará cuál ha sido la evolución del problema, desde el inicio hasta la finalización del tratamiento. Se hará un resumen del contenido más relevante de cada sesión y se resumirán las técnicas aprendidas a lo largo del tratamiento psicológico. Se atribuirán los logros alcanzados de cada paciente y se estudiarán posibles problemas futuros y el modo de afrontamiento.



Anexo B. Consentimiento Informado.

Apellido y Nombre del Paciente

D.N.I:

.....

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
3. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
4. El paciente se compromete a mantener la confidencialidad sobre la información que en la terapia grupal se exponga por parte de otros pacientes.
5. La duración del tratamiento será de aproximadamente de 1 hora. Esta duración puede ser modificada mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
6. La ausencia a dos sesiones seguidas sin que se notifique la falta de asistencia será interpretada como un abandono voluntario del tratamiento, dándose por finalizado.

Lugar

Fecha/...../.....

Autorregistro semanal de actividades diarias:

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-21							
21-22							
22-23							
23-X							

*Apuntar una D para las situaciones de dominio y una P para las situaciones de placer, baremando éstas de 0 a 10 (10=máximo grado de placer/máximo grado de dominio).

Autorregistro de pensamientos automáticos.

Fecha/hora/lugar	Situación (qué está pasando o qué estoy haciendo).	¿Qué pienso? (% credibilidad)	¿Qué siento? (intensidad, 0-10).	Pensamiento alternativo racional (% credibilidad).	Resultado. (Intensidad, 0-10).

