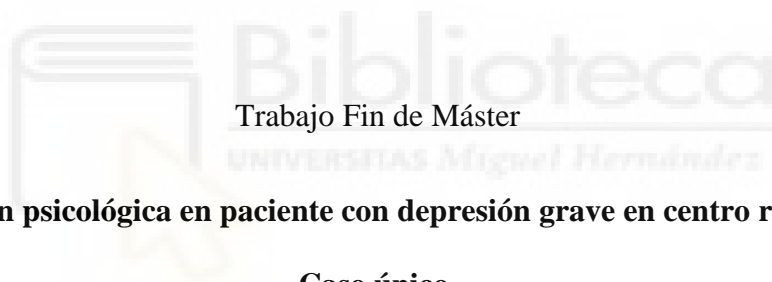




## **MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Curso 2018-2019



Trabajo Fin de Máster

**Intervención psicológica en paciente con depresión grave en centro residencial.**

**Caso único.**

Autora: Natalia Berná Sánchez.

Tutor: Daniel Lloret Irlés

*Convocatoria: Junio 2019*

## **RESUMEN:**

Se presenta caso de un hombre, diagnosticado de trastorno depresivo, dependencia de alcohol y psicosis inducida por tóxicos. Desde el diagnóstico ha presentado episodios de intentos de suicidio. En 2016 ingresa en centro residencial para personas con enfermedad mental. En el momento de la intervención presenta síntomas depresivos, los cuales se tratan a través de intervención farmacológica. Es el mismo P. el que solicita atención por parte del equipo psicológico, por lo que se propone programa de intervención, manteniendo a su vez tratamiento farmacológico. El objetivo general de este programa ha sido dotar de habilidades para lograr alta de centro residencial, capacitándole para mantener un estilo de vida adecuado. Lograr estabilidad sintomática, conciencia de enfermedad completa y mejorar relación familiar. Evitando recaídas y consumo de alcohol. Para lograr este objetivo se crean junto al P. varios objetivos específicos los cuales se trabajan a lo largo de 11 sesiones, mediante la utilización de técnicas cognitivo conductuales e intrapersonales.

**Palabras clave:** Trastorno depresivo, dependencia al alcohol, intervención cognitivo-conductual, intervención intrapersonal, rehabilitación.

## **Abstract:**

Case of man, diagnosed of depressive disorder, alcohol dependence and toxic induced psychosis. From diagnosis it has presented episodes of suicide. In 2016, he entered a residential center for people with mental illness. At the time of the intervention he presents with depressive symptoms, which have been treated through pharmacological intervention. It is the same P. who requests attention from the psychological team, so it is proposed intervention program, while maintaining pharmacological treatment. The general objective of this program has been to provide skills to achieve high residential center, enabling you to maintain an appropriate lifestyle. Achieving symptomatic stability, awareness of completes illness and improve family relationship. Avoiding relapses and alcohol consumption. To achieve this goal, several specific objectives are created together with the P. which are worked through 11 sessions, using cognitive behavioral and intrapersonal techniques

**Keywords:** Depressive disorder, alcohol dependence, cognitive-behavioral intervention, intrapersonal intervention, rehabilitation.

Al hablar de depresión se hace referencia a un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2018). Sus síntomas pueden causar malestar o deterioro en diferentes ámbitos de su vida (área social, laboral u otras importantes del funcionamiento diario del sujeto), imposibilitando el normal desarrollo de la vida. Para el diagnóstico del Trastorno Depresivo se pueden emplear varios manuales diagnósticos. Entre los más utilizados encontramos DSM-V (APA, 2013) y la CIE-11 (OMS, 2018). Según estos, los síntomas asociados a la depresión son los siguientes:

Tabla 1: Criterio diagnóstico del Trastorno Depresivo.

<b>Criterio</b>	<b>DSM-V</b>	<b>CIE-11</b>
Cronicidad	2 semanas	2 semanas
Número de Síntomas	≥ 5	≥ 3 depresivos(D) y alguno ansioso(A)
Ausencia de episodio maníacos previos.	X	X
Estado de ánimo deprimido(D)	X	X
Disminución importante de interés y otras fuentes de placer(D)	X	X
Cambios importantes de peso y apetito.	X	X
Insomnio, hipersomnia o despertar precoz.	X	X
Agitación o enlentecimiento psicomotor.	X	X
Fatiga o pérdida de energía.	X	X
Sentimiento de inutilidad o culpabilidad(D)	X	X
Dificultad para pensar o concentrarse.	X	
Confianza baja en uno mismo (D)		X
Pensamientos de muerte recurrentes (D)	X	X
Sentirse nervioso, ansioso o al límite(A)		X
Incapacidad para controlar sus propias preocupaciones (A)		X
Problemas para relajarse (A)		X
Sentir miedo de que algo malo le pueda ocurrir (A)		X
Irritabilidad.		X
Variación diurna del estado de ánimo.		X
Visión sombría y pesimista del futuro.		X

CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades 11ª Edición

DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª Edition

La depresión es una enfermedad que afecta aproximadamente en todo el mundo a unos 300 millones de personas. Llevando en el peor de los casos al suicidio. Cada año cerca de 800 000 personas se suicidan a causa de la depresión. Por lo que es, la segunda causa de muerte en población de entre 15 y 29 años (OMS, 2018). A través de la Encuesta Nacional de Salud (España, 2017), se objetiva que la depresión es una de las enfermedades más frecuentes en población española, dándose en torno a un 6,7% de la población. Se da casi el doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). A su vez también se obtuvo que la prevalencia de esta enfermedad es el doble en personas en situación de desempleo (7,9%) que en personas que están trabajando (3,1%).

El trastorno depresivo presenta comorbilidad con otros trastornos mentales, tales como, ansiedad generalizada en hasta el 70% de los casos (Hasin, Sarvet, Meyers, et al, 2018), consumo de sustancias adictivas, cuyo porcentaje de prevalencia oscila entre el 12% y el 80% de la población con trastorno depresivo, dependiendo este porcentaje, del tipo de sustancia adictiva consumida (Larrañaga, J. L. 2006), entre otros.

Entre los diferentes enfoques terapéuticos para la depresión, los que mayor eficacia demuestran, son los siguientes (Pérez Álvarez, y García Montes, 2001).

1. Tratamiento farmacológico. En la actualidad existen varios tipos de antidepresivos, entre los cuales nos encontramos con:
  - Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), tales como: fluoxetina, citalopram, paroxetina, entre otros.
  - Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), algunos ejemplos son la duloxetina y la venlafaxina.
  - Antidepresivo Tricíclicos, tales como la imipramina, amitriptilina y la doxepina.
  - Antidepresivos atípicos como la trazodona o vertioxitina.
  - Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)
2. Tratamiento psicológico. Existen varios tipos de tratamientos psicológicos, entre los más eficaces nos encontramos con los siguientes:
  - Terapia cognitivo conductual, la cual a sus comienzos se realizaba de forma separada. Esta terapia se centra en poder modificar los

pensamientos y las ideas y creencias asociados a los mismos. Siendo estos negativos para el sujeto. Esta terapia emplea diversos programas y técnicas tales como: Programa de actividades agradables; Entrenamiento en habilidades sociales; desensibilización sistemática; Terapia de autocontrol, entre otros.

- Psicoterapia Interpersonal. Se centra en la importancia de ciertas áreas de la depresión (duelo, disputas interpersonales, entre otras). Estando estas áreas centradas en las relaciones interpersonales del sujeto. Algunas técnicas empleadas son: Identificación de emociones; Expresión de la emoción; Técnicas de resolución de problemas, etc.

3. Tratamiento mixto. Hace referencia a la combinación de tratamiento farmacológico junto al tratamiento psicológico.

La eficacia del tratamiento farmacológico es comparable a la del tratamiento psicológico y el placebo. La eficacia del tratamiento farmacológico alcanza el 50-60%, frente al 30-40% del tratamiento con placebo y al 70% en terapias psicológicas (Misol, 2002). Se presenta la Terapia Cognitiva como alternativa a la medicación para la prevención de la recurrencia del trastorno depresivo mayor (Fava, Rafanelli, Grandi et al., 1998), a su vez se ha mostrado que la Psicoterapia Interpersonal es igual de eficaz que la medicación con Nortriptilina (Agency forHealthCarePolicy and ResearchDepressionGuideline Panel, 1993). Kirsch (2011) a través de un meta-análisis de ensayos clínicos, encuentra que el beneficio terapéutico del tratamiento antidepressivo, es derivado en gran parte, por el efecto placebo. Observándose que la diferencia entre la eficacia de ambos tratamientos es de 1,8 puntos, no considerándose una puntuación clínicamente significativa al no llegar a obtener 3 puntos.

A su vez, dentro de las diferentes terapias psicológicas, Chambless y Ollendick (2001) llegan a la conclusión de que para el tratamiento psicológico de la depresión, solo cuentan con apoyo empírico las terapias psicológicas explicadas anteriormente (Terapia cognitivo-conductual y Terapia interpersonal). No obteniéndose diferencias significativas entre ellas (Wampold, Minami, Baskin y Callen Tierney, 2002). Esto se debe a que ambas presentan en su modelo los mismos principios terapéuticos (Semerari, 2002). En relación a la eficacia de la intervención mixta (tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico), se observa que esta es eficaz para el

tratamiento de la depresión crónica (Keller, McCullough, Klein, Arnow, Dunner, Gelenberg, Markowitz, Nemeroff, Russel, Thase, Trivedi y Zajecka, 2000).

### **ANAMNESIS:**

P. de 55 años de edad, residente del Centro para personas con discapacidad, desde el año 2016. Proveniente de la provincia de Alicante, de donde es natural. Divorciado desde hace algo más de 5 años y con una hija mayor de edad, fruto de este matrimonio. En la actualidad el P. mantiene contacto con su hija, aunque no tanto como le gustaría. Siendo la hija, la que no quiere tener más contacto, hasta que su padre, se encuentre completamente recuperado y deje de consumir alcohol de forma esporádica. A su vez mantiene contacto con su ex mujer desde hace algo más un año. No tiene relación con ningún otro familiar, aunque tiene varios hermanos, con los que perdió la relación tras la muerte de los padres. Atribuyéndoles la responsabilidad de sus muertes.

Tras recopilación de informes y entrevista con el P. se obtiene la siguiente información acerca de su historia de vida:

P. ha vivido varios episodios tormentosos. Fue víctima de abusos sexuales cuando era un niño, culpándose de esto y atribuyéndose la responsabilidad de lo sucedido. Reconoce que tras esta situación comenzó a sentir que “algo no iba bien”. Presentando pensamientos intrusivos recurrentes y recuerdos sobre lo sucedido en su pasado, dándose cambios en su estado anímico y realizando conductas de ingesta de alcohol para aliviar el malestar que le producían estos pensamientos.

P. que presenta patología dual, diagnosticado desde 2010 (en unidad psiquiatría del Hospital), de trastorno depresivo, dependencia de alcohol y psicosis inducida por tóxicos, en seguimiento desde 2010 en unidad de salud mental por tratamiento psiquiátrico. Acude a su vez a la UCA para deshabituación al alcohol.

Durante toda su vida trabajaba por cuenta propia, hasta que por motivos de salud tuvo que darse de baja y solicitar ante el tribunal médico incapacidad laboral definitiva.

Estuvo casado, siendo esta una relación conflictiva, compuesta por continuas discusiones entre ambos. Su esposa, interpuso una denuncia por malos tratos, hacia su hija y hacia ella. En 2013, se formalizó el divorcio, lo cual no fue aceptado por el P.,

por lo que mostró continuos intentos de retomar la relación, los cuales no surgieron efecto. Tras esto, aumento el consumo de alcohol, junto con el de barbitúricos. Agravando su situación, dándose por parte del P., varios intentos de suicidio por intoxicación etílica, autolesiones y consumo de psicofármacos.

Desde la separación con su mujer y tras la denuncia interpuesta por malos tratos, la situación personal, física y mental del P. se fue deteriorando paulatinamente. Su trastorno mental se vio agravado por el alcoholismo (en el cual se refugiaba), produciendo desorganización mental y física en su vida. Desde ese momento presento constantes ideas e intentos de suicidio que entre 2013 y hasta ingreso en residencia en 2016, le llevaron a ingresar en más de 15 ocasiones en la unidad de salud mental del hospital.

Desde su ingreso en Residencia, el paciente ha presentado varios episodios depresivos, dándose los siguientes síntomas:

Tabla 2. Síntomas depresivos de P. en su ingreso.

Psicológicos	Fisiológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de ánimo bajo, siendo esto observado por el mismo residente y por las personas de alrededor.</li> <li>• Sentimientos de inutilidad y desesperanza, ante su situación en el centro y con su familia.</li> <li>• Disminución de interés en realización de actividades diarias.</li> <li>• Sentimiento de culpabilidad, ante los abusos recibidos siendo un niño.</li> <li>• Dificultad para concentrarse en el día y día, dificultándole realización de talleres y programas establecidos por el centro.</li> <li>• Retraimiento de las actividades usuales, e inapetencia.</li> <li>• Sentimientos de desesperanza y abandono por parte de su familia.</li> <li>• Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio, al no saber afrontar pensamientos intrusivos y recuerdos traumáticos de su niñez.</li> <li>• Planificación de suicidio.</li> <li>• Pérdida de placer en actividades que suelen hacerle feliz.</li> <li>• Recuerdos recurrentes y tormentosos de situaciones vividas por el residente.</li> <li>• Ansiedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de apetito.</li> <li>• Cansancio físico y falta de energía.</li> <li>• Dificultad para conciliar y/o mantener el sueño.</li> <li>• Cefaleas.</li> <li>• Enlentecimiento del movimiento y respuesta verbal.</li> </ul>

El último episodio depresivo se produjo en febrero de 2019, estando controlado en la actualidad. Aunque siguen presentes los síntomas anteriores, pero con menor fuerza y persistencia. A su vez, desde su ingreso, han sido varias las veces que ha consumido alcohol. Coincidiendo estas, con salidas de fin de semana, a casa de su hija. No observándose relación entre el consumo de alcohol y los periodos de inestabilidad psicopatológica.

El residente, muestra conciencia parcial de enfermedad, siendo conocedor de diagnóstico. Tiene dificultad para reconocer e identificar sintomatología y pródromos y para solicitar ayuda. Presenta adherencia bajo supervisión al tratamiento farmacológico (Etumina, Sinogan, Sertralina, Ketazolam y Mirtazapina). Manifiesta gran interés y participación en talleres y programas rehabilitadores establecidos desde el equipo técnico del centro, realizando salidas autónomas al pueblo debido a su gran capacidad de autogobierno y responsabilidad. A su vez, durante sesiones psicológicas individuales, es un residente que se objetiva comunicativo y colaborador en todo momento. En lo referente a nivel cognitivo, señalar que tras valoración con Escala Mini Mental Lobo (Lobo, et al, 1979), se evidencia nulo deterioro cognitivo. Su puntuación es 34 de 35 puntos totales, objetivándose, buen nivel de concentración, se encuentra orientado en tiempo y espacio, capacidad correcta de calculia y lecto-escritura, capacidad para fijar y recuperar material mnésico, etc.

Su estancia en el centro hasta el momento le ha permitido cambiar y mejorar su estilo de vida. Aunque sigue siendo preciso un trabajo rehabilitador directo. Aumentar conciencia de enfermedad, estabilidad sintomática, mejora en la relación familiar, mantener deshabitación al alcohol y dotar de capacidad y habilidades para evitar y afrontar situaciones de la vida diaria, entre otras.



Figura 1: Historia de vida:



### EVALUACIÓN.

Para llevar a cabo el programa, es preciso confirmar el diagnóstico del P. a la vez que valorar el estado del mismo, antes, durante y tras el programa. Para valorar el diagnóstico y el estado del P. se administraran los siguientes instrumentos:

- Entrevista Inicial. Creada por el equipo psicosocial del centro. Compuesta por 13 apartados. Los cuales se centran en: 1. Datos personales; 2. Demanda y motivo de ingreso; 3. Historia clínica; 4. Antecedentes; 5. Historia familiar; 6. Conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento; 7. AVD'S; 8. Autonomía y competencia social; 9. Factores de riesgo, protección y pródromos; 10. Funcionamiento cognitivo; 11. Ocio y tiempo libre; 12. Expectativas del residente; 13. Descripción comportamiento durante sesión. La duración aproximada de administración del cuestionario es de 60 minutos aproximadamente (Anexo 1, entrevista inicial).
- Test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Creado por la Organización Mundial de la Salud, como método de screening para el

consumo de alcohol. Con el fin de ayudar a identificar el consumo excesivo de alcohol. La primera edición de este manual fue publicada en 1989, en el documento N°. OMS/MNH/89.4 y fue actualizada en 1992, en el documento OMS/PSA/92.4 (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, y Monteiro, 2001). Dirigido principalmente a personal sanitario. Escala compuesta por 10 preguntas sobre consumo, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Las preguntas 1, 2 y 3 se centran en el consumo de riesgo de alcohol; las preguntas 4, 5 y 6 valoran síntomas de dependencia y de la 7 a la 10 valoran el consumo perjudicial de alcohol. La puntuación obtenida oscila entre 0 y 40 puntos como máximo. A mayor puntuación mayor dependencia.

Los puntos de corte son: Puntuaciones totales mayores que 8, son indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia al alcohol. Siendo para las mujeres la puntuación mayor 7 al igual que para personas mayores de 65 años. Para obtener información más detallada sobre la puntuación obtenida es preciso analizar las preguntas en las que puntuaron. En las preguntas 2 y 3, una puntuación mayor de 1 indica consumo de riesgo; En las preguntas 4, 5 y 6, la puntuación superior a 0 implica presencia de dependencia de alcohol; En las preguntas 7, 8, 9 y 10 si se obtiene puntuación superior a 0, indica que el sujeto está experimentando daños relacionados con el alcohol; finalmente las últimas dos preguntas son importantes para determinar si el problema con el alcohol es pasado o se da en la actualidad.

- Inventario de depresión de Beck (BDI-2) (Beck, Steer y Brown, 1996), adaptado a la población española por Sanz y Carmelo (2011). Está destinado a evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes. Compuesto por 21 ítems, los cuales están relacionados con los diferentes síntomas del trastorno depresivo citados por el DSM V y la CIE-10, tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso, culpa, pensamientos o deseos de suicidio y pesimismo, entre otros. El rango de puntuaciones para evaluar sus resultados oscila entre 0 y 63 puntos (a mayor puntuación, mayor severidad de los síntomas depresivos).

Los puntos de corte son: 0-13(mínima depresión); 14-19(depresión leve); 20-28(depresión moderada); y 29-63(depresión grave).

- Escala de Hamilton para la depresión (Hamilton, 1960). Escogida para ratificar los resultados del Inventario de Beck y cumplimentar resultados. Adaptada por Conde (1984) a población española la versión de 22 ítems. Posteriormente Ramos – Brieva y Cordero (1986) adaptaron y validaron la versión reducida de 17 ítems. Destinada a evaluar la intensidad de la depresión y la evolución de esta durante el tratamiento en personas adultas con trastorno depresivo. Existen varias versiones. Aunque la empleada por nosotros es la de 17 ítems. Estos ítems tienen relación con el índice de melancolía (estado de ánimo depresivo, sensación de culpabilidad, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica, síntomas somáticos generales, agitación y ansiedad somática), índice de ansiedad (agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática) e índice de alteraciones del sueño (insomnio). El rango de puntuaciones para evaluar la gravedad del trastorno depresivo, oscila entre 0 y 52 puntos (a mayor puntuación mayor grado de depresión). Los puntos de corte son: 0-7 (No depresión); 8-13 (depresión menor); 14-18 (depresión moderada); 19-22 (depresión severa); >23 (depresión muy severa).
- Escala de Duke-UNC-11 (Apoyo social funcional percibido). Diseñado por Broadhead, en 1988. Con el objetivo de medir el apoyo social percibido. El instrumento creado inicialmente estaba compuesto por 14 ítems, divididos en 4 áreas (cantidad de apoyo, confidencialidad, apoyo afectivo y apoyo instrumental). La validación española de la que se dispone (Bellón, Delgado, Luna, Lardelli, 1996), está compuesta por 11 ítems. Divididos en dos dimensiones de valoración: dimensión afectiva (ítems 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y dimensión confidencial (ítems 2, 3, 5, 9, 11). Evaluado por una escala Likert con 5 opciones de respuesta. Siendo estas puntuadas de 1 a 5. Oscilando el rango de puntuación entre 11 y 55 puntos. Los puntos de corte son: puntuación < 32 (bajo apoyo percibido);  $\geq 32$  (apoyo percibido normal).

El pase de los diferentes instrumentos se llevará a cabo tres veces, durante el programa:

En la sesión 1 y 2, para valorar el problema antes de la realización del programa y verificar diagnóstico (el cual es confirmado tras observar resultados de los instrumentos); en la sesión 8, para valorar la evolución del P., se administrara la escala Beck, y la Duke-UNC, realizando comprobación de consumo de alcohol mediante preguntas directas al P. y a su familia. Para afianzar esto, con pruebas toxicológicas al regresar de salida a casa. Realizándole test de alcoholemia y prueba de orina.

- Test de alcoholemia: creado por Robert F. Borckenstein (1954). Prueba destinada a medir el nivel de alcohol en sangre, a través de la correlación con el aire exhalado. Mediante la utilización de alcoholímetro.
- Prueba de orina: destinada en detectar consumo de tóxicos, mediante la medición de metabolitos creados por el hígado tras asimilación del tóxico. Es preciso obtención de orina de la persona a la que se le realizará la prueba. Tras esto el laboratorio será el encargado de analizar los metabolitos encontrados en la muestra.

Finalmente durante la sesión once se vuelven a administrar todos los cuestionarios, para observar resultados del programa.

Tras las once sesiones se programan dos sesiones más. Una al mes y la segunda a los dos meses, para comprobar resultados del programa a largo plazo e intervenir ante posibles dudas surgidas durante ese tiempo.

## **OBJETIVOS**

En función del diagnóstico, se establecen, de forma consensuada con P., unos objetivos terapéuticos. Que se justifican con los resultados de la evaluación inicial:

### **Objetivo general:**

Dotar de habilidades para lograr alta de centro residencial, capacitándole para mantener un estilo de vida adecuado, y lograr funcionalidad total. Para lograr estabilidad sintomática, conciencia de enfermedad completa y mejorar relación familiar. Evitando así, recaídas posibles y consumo de alcohol.

### **Específicos:**

- Aumentar conciencia de enfermedad, sintomatología y pródromos.
- Reducir sintomatología depresiva, prevenir posibles recaídas.
- Prevenir y evitar intentos autolíticos.
- Mantener abstinencia de alcohol y psicofármacos.
- Retomar salidas a casa, manteniendo nulo consumo de alcohol.
- Dotar de habilidades de resolución de conflictos.
- Lograr expectativas reales de futuro.
- Afrontamiento y control emocional al recordar vivencias traumáticas.
- Reestructuración de pensamientos intrusivos.
- Trabajar sentimientos de culpa y responsabilidad.
- Afrontamiento y superación de miedos diarios.

### **TRATAMIENTO**

Programa de intervención de caso único en centro residencial. P. diagnosticado desde 2010, de trastorno depresivo, dependencia al alcohol y psicosis inducida por tóxicos. Acude al área de psicología del centro para abordar diferentes problemáticas presentadas a lo largo de su vida. Tras administración de cuestionarios y entrevista inicial, se confirman diagnósticos, observando problemáticas en la vida diaria del P., por lo que se crean objetivos específicos para el abordaje individual de cada uno de los problemas.

Para trabajar los objetivos citados anteriormente se plantea un programa centrado en la intervención cognitivo conductual e interpersonal. Centrándonos en la evidencia científica, de la eficacia de ambas terapias. Combinando técnicas de ambas corrientes. Se crea un programa individualizado para el sujeto, teniendo en cuenta las características y necesidades del P. Tanto las relacionadas con su patología, como, las relacionadas con su problemática personal y social, que se le plante a diario y dificulta su proceso rehabilitador.

Programa, compuesto por once sesiones, de una duración de 60 minutos aproximadamente. Realizándose dos sesiones por semana, programadas los martes y los viernes. Las dos primeras sesiones se destinan a ratificar el diagnóstico, valorar problemática a tratar, recopilar información del P. (historia de vida), actitud hacia el proceso de cambio e implicación en el mismo. En la primera sesión, se administra

entrevista inicial del centro. En la segunda sesión se lleva a cabo el pase de los diferentes cuestionarios escogidos para ratificar diagnóstico previo. Además se realiza llamada a su hija (familiar más cercano), para contrastar historia del residente, observándose a su vez, posibilidad de retomar relación con su padre. Por lo que se valora los problemas acontecidos entre ambos y las posibles soluciones.

Las siguientes sesiones se destinan a abordar problemática y se trabajan aquellos objetivos específicos acordados con el P. Durante la octava sesión se lleva a cabo el pase de varios cuestionarios, para valorar evolución del P. durante el programa. Finalmente, en la undécima sesión, se vuelven a administrar los cuestionarios para observar el efecto del programa en el residente y valorar posibles cambios.

A su vez, programados desde el centro, el P. realiza talleres destinados a mejorar su día a día y capacitarle de estrategias para mantener una vida sana y estructurada. Tales como: educación para la salud; habilidades sociales; habilidades instrumentales y habilidades básicas de la vida diaria; relajación en grupo; estimulación cognitiva; taller de resolución de conflictos y sexualidad, entre otros.

A continuación se muestran la tabla 3 y 4, en las cuales se observan respectivamente, un cronograma de las dimensiones trabajadas durante el programa y la descripción individual, de cada una de las sesiones brevemente detalladas:

Tabla 3. Dimensiones:

<b>Fecha:</b>	<b>Dimensiones:</b>
04/04/19	Toma de contacto. Pase entrevista inicial.
05/04/19	Pase de cuestionarios.
09/04/19	Conciencia enfermedad, sintomatología y pródromos.
12/04/19	Ansiedad e identificación de síntomas.
16/04/19	Consumo de alcohol.
19/04/19	Prevención de suicidio.
23/04/19	Miedos.
26/04/19	Pensamientos intrusivos, desensibilización sistemática, ante vivencias y recuerdos pasados. Pase de cuestionarios, reevaluación.
30/04/19	Reestructuración pensamientos intrusivos, locus de control interno.
03/05/19	Expectativas de futuro, independencia y formación cursos.
06/05/19	Pase de cuestionario, valoración eficacia del programa.

Tabla 4. Descripción sesiones:

Sesión	Objetivo	Descripción	Comentarios Sesión
1	Primera toma de contacto, conocer historio personal del sujeto.	-Presentaciones. -Pase de cuestionario autobiográfico de historia personal.	Se muestra comunicativo en todo momento. No se administra completo el cuestionario, solo nos centramos en lo interesante para nuestra área.
2	Identificar problemática y observar conciencia de enfermedad.	-Evaluar depresión, dependencia al alcohol, autoestima, y relación familiar y apoyos.	Resolvemos dudas, sobre cumplimentación.
3	Aumentar conciencia de enfermedad, sintomatología y pródromos.	-Psicoeducación de síntomas, características y consecuencias de la enfermedad. -Resolver dudas e intentar identificar lo aprendido.	Pregunta dudas, a su vez durante Psicoeducación se plantean preguntas para comprobar comprensión.
4	Reducir sintomatología depresiva, prevenir posibles recaídas.	-Psicoeducación y resolver dudas. -Registrar técnicas empleadas por el P, ante los diferentes síntomas. -Crear autorregistro de síntomas semanal y causas. -Explicar técnica de respiración y relajación progresiva de Jacobson.	Antes de ingreso no empleaba técnica alguna.
5	Mantener abstinencia de alcohol y psicofármacos. Retomar salidas a casa, manteniendo nulo consumo de alcohol.	-Valorar junto con P. la problemática existente. -Observar estado durante periodo de abstinencia. -Identificar situaciones de riesgo de recaída. -Crear Plan de prevención de recaídas. -Planteamiento de esquema de actuación para evitar consumo.	Le cuesta reconocer problemática con alcohol, no considera que beber una cerveza en su caso sea un problema.
6	Prevenir y evitar intentos autolíticos. Dotar de habilidades resolución de conflictos.	-Analizar precipitantes de pensamientos y/o conductas autolíticas. -Enseñar técnicas de resolución de problemas y situaciones que sobrepasan al P. -Crear listado de actuación ante pensamientos autolíticos. -Programar salida a casa. Y solicitar prueba de tóxicos y alcoholemia al área de enfermería, tras regreso de casa.	Se muestra comunicativo durante esta sesión, a su vez nos informa en que momentos se producen dichos pensamientos. Desde ingreso, no ha presentado intento real de suicidio. Solo pensamientos y planificación de cómo hacerlo.

Tabla 4. Descripción sesiones:			
7	Afrontamiento y superación de miedos diarios.	-Crear listado de miedos diarios. -Técnica de exposición en imaginación. -Explicar tarea, exposición en vivo.	Realiza de forma adecuada exposición en imaginación, mostrando ansiedad baja. Informa que durante exposición en vivo, siente mayor ansiedad. Abordamos esto.
8	Afrontamiento y control emocional al recordar vivencias traumáticas.	-Crear listado de recuerdos traumáticos. -Crear entorno de seguridad. -Exposición en imaginación. -Psicoeducación: Resiliencia. -Pase escala BECK, Duke UNC y revisión de consumo durante salidas a casa. -Contrastar información consumo. -Programar salida a casa. Y solicitar prueba de tóxicos y alcoholemia al área de enfermería, tras regreso de casa.	Se muestra comunicativo, expresa sus vivencias traumáticas sin sentir vergüenza, aunque sí se culpa de lo sucedido.
9	Reestructuración de pensamientos intrusivos. Trabajar sentimientos de culpa y responsabilidad.	-Trabajar sentimientos de culpa, en que situaciones y porque se considera culpable. -Valorar responsabilidad real. Reestructuración cognitiva.	Al principio de la sesión se atribuye toda la responsabilidad de lo que le sucedió cuando era pequeño. Mostrando sentimientos de culpabilidad. Estos van cambiando tras avance de la sesión.
10	Lograr expectativas reales de futuro. Planteamiento de derivación a vivienda tutelada.	-Valorar expectativas de futuro. -Derivación a Trabajador social para informar sobre formación. -Informar sobre recursos disponibles tras recuperación. -Programar salida a casa. Y solicitar prueba de tóxicos y alcoholemia al área de enfermería, tras regreso de casa.	Desde el comienzo el P. muestra interés en recibir el alta del centro. Pide información acerca de cursos, y es derivado al trabajador social. Mostrando iniciativa y necesidad avanzar.
11	Finalizamos programa intervención.	-Resolución de dudas. -Pase cuestionarios pre y post. -Explicación sesiones de seguimiento.	P. expresa dudas sobre como finalizar sesión y que hacer tras programa.

\*Las sesiones se encuentran redactadas en anexo 2.

Tras realización del programa se propone desde el departamento de psicología del centro residencial, que, si tras sesiones de seguimiento para observar evolución del programa, se mantiene mejoría y no se han producido nuevas recaídas, sería de gran



interés, el planteamiento y preparación del P. para poder ser derivado a vivienda tutelada. Siendo esto un gran paso para la rehabilitación del mismo.

## **RESULTADOS.**

A continuación se exponen los resultados de la evaluación inicial (antes del programa); evaluación durante el tratamiento y evaluación final. Una vez expuestos dichos resultados se procederá a la comparativa de los mismos pre, durante y post, tratamiento.

### **Evaluación inicial:**

Según los valores obtenidos en los diferentes cuestionarios, el paciente presenta un nivel de depresión grave, consumo de riesgo de alcohol, alto grado de dependencia al alcohol y bajo apoyo percibido.

### **Evaluación durante tratamiento:**

La sesión dedicada a administrar por segunda vez de los cuestionarios iniciales, es la sesión 8. En esta se evalúa el nivel de depresión y el apoyo percibido. A su vez se procede a la valoración de consumo de alcohol y tóxicos, durante programa. Esta valoración se lleva a cabo mediante recogida de datos del test de alcoholemia, el cual se realiza al P. al regresar al centro tras salida a casa (anexo 3), registro prueba toxicológicas y llamadas telefónicas a su hija. Con el objetivo de que esta nos informe si ha existido consumo de alcohol o riesgo de consumo.

En lo referente a los resultados del Inventario de Beck, se objetiva una puntuación de 18, siendo esto indicativo de depresión leve. El cuestionario Duke-UNK, muestra una puntuación de 31, lo que hace referencia a un bajo apoyo percibido.

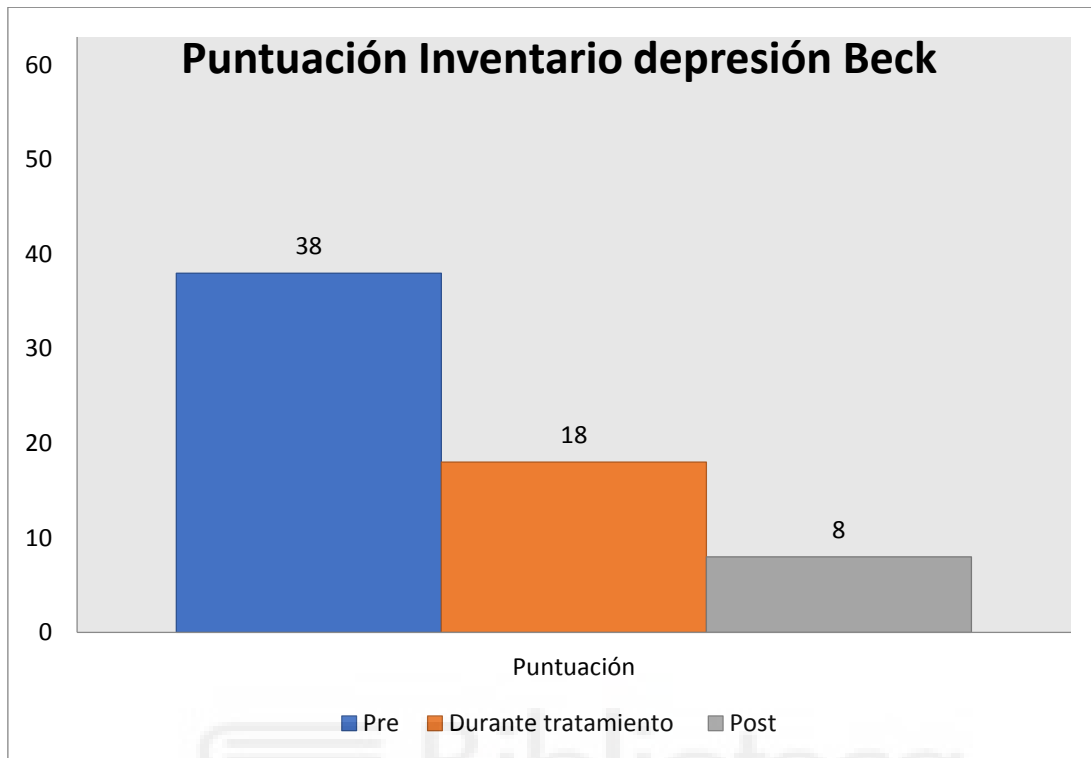
Finalmente tras revisión de test de alcoholemia tras salidas a casa y llamada telefónica para confirmar nulo consumo de alcohol durante salidas. Observamos que desde el inicio del programa hasta la sesión 7, el P. no consume alcohol.

### **Evaluación final:**

Se obtiene del pase de cuestionarios que el P. no presenta depresión o presenta depresión mínima, según inventario de Beck. No presenta consumo de riesgo ni dependencia al alcohol y manifiesta apoyo percibido normal.

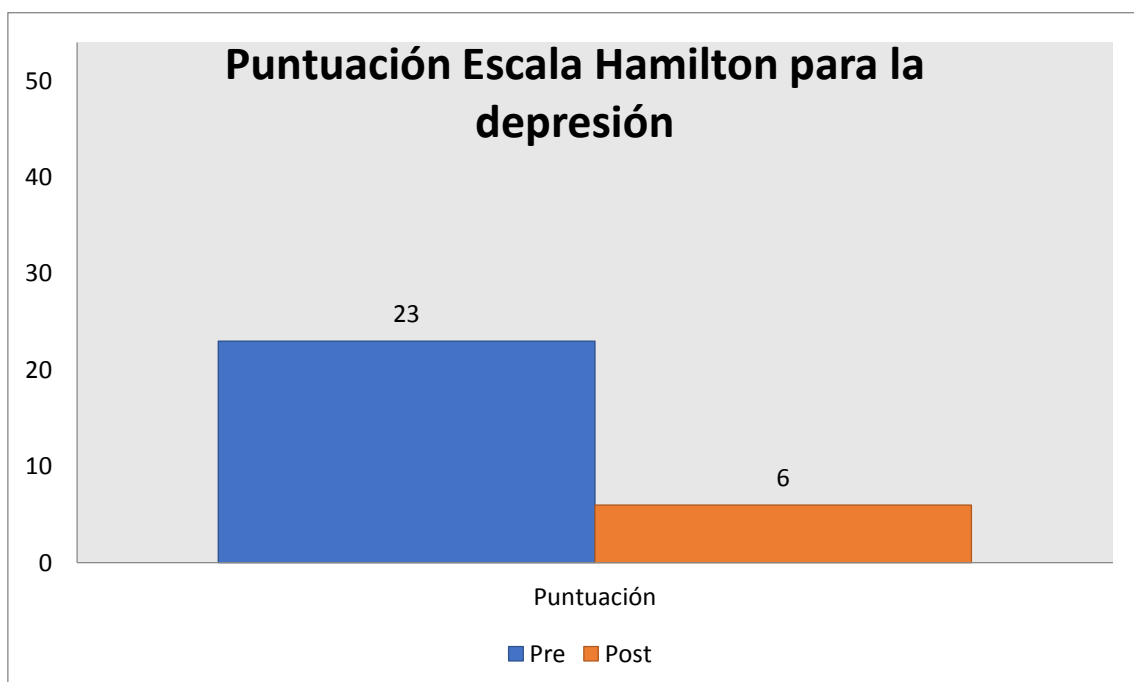
### Comparación de resultados pre y post, tratamiento:

Figura 2. Puntuaciones inventario Beck:



Al comparar los resultados obtenidos del inventario de Beck para la depresión administrados antes, durante y tras el programa. Se puede decir que el P. ha presentado tendencia durante todo el programa a disminuir nivel de depresión. Pasando de depresión grave (puntuación 38) a nula o mínima depresión (puntuación 6).

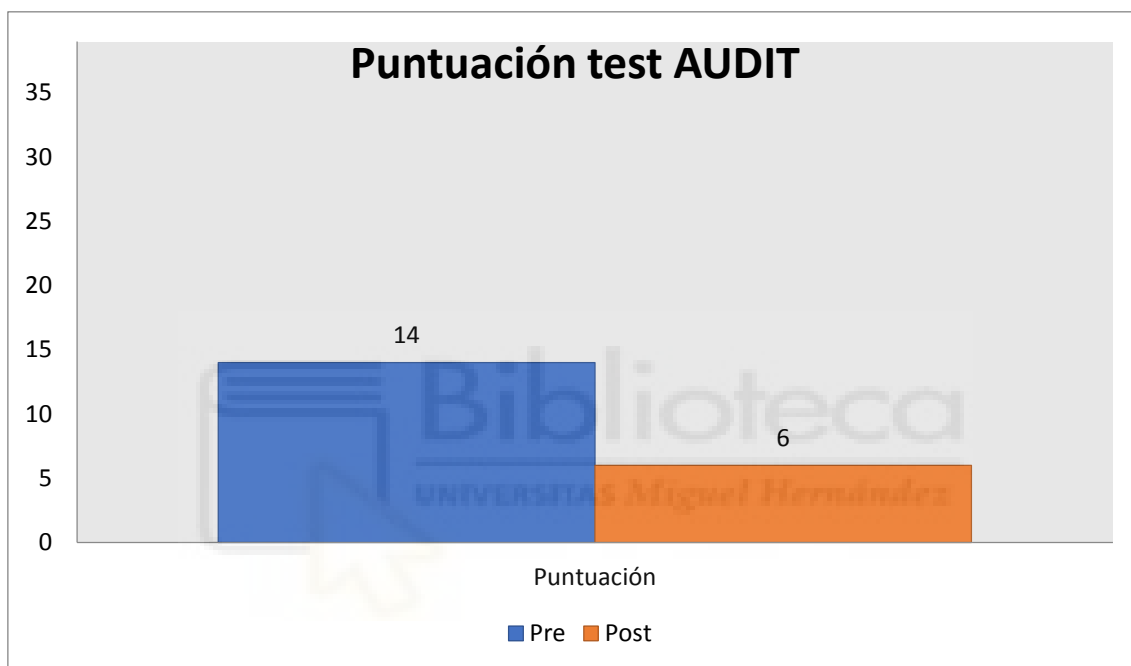
Figura 3. Puntuaciones Escala Hamilton para la depresión:



Al comparar los resultados obtenidos de la Escala de Hamilton para la depresión administrados antes y tras el programa. Se puede decir que el P. ha presentado tendencia durante todo el programa a disminuir nivel de depresión. Pasando de depresión grave (puntuación 23) a nula depresión (puntuación 6).

Por lo que el análisis de los resultados de ambos cuestionarios (Beck y Hamilton) señala que el P. ha presentado una mejora notoria en su nivel de depresión, tras administración de programa de intervención.

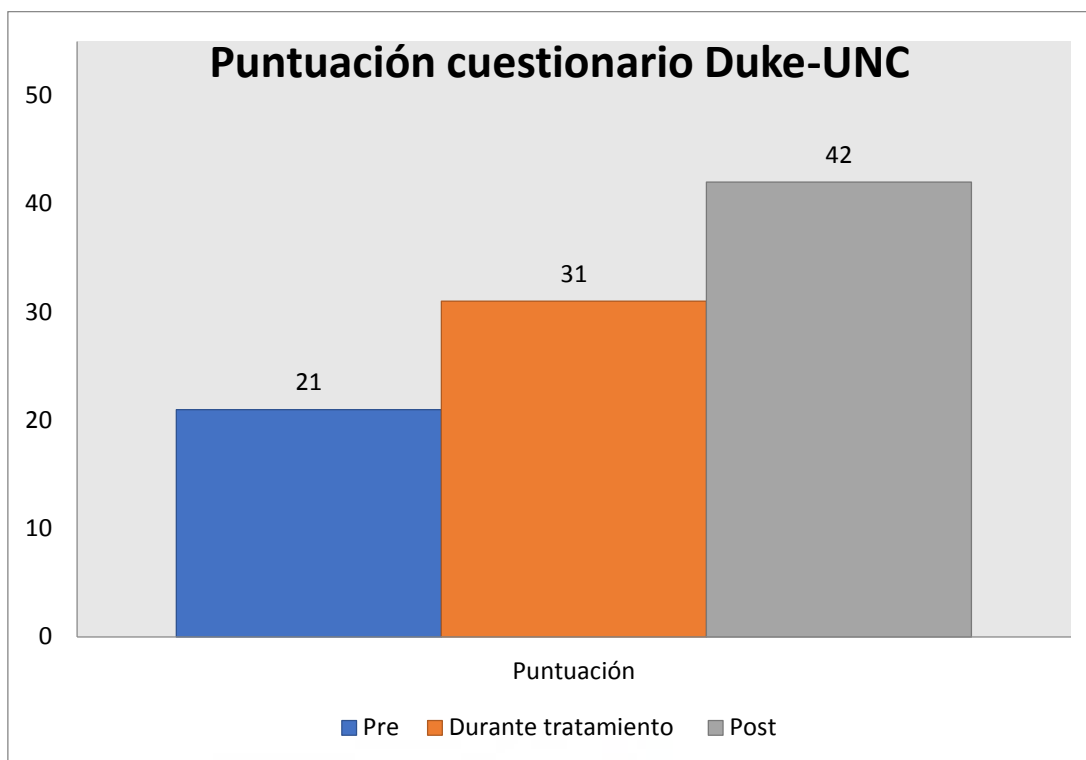
Figura 4. Puntuaciones test AUDIT:



Al comparar puntuación de Test AUDIT, se observa que el P. tras el programa de intervención, ha pasado de presentar consumo de riesgo y dependencia al alcohol, a no presentarlo. Es importante señalar que los datos obtenidos a través de este test, pueden no ser fiables, debido a que el tiempo entre administración de test ha sido muy breve, y ciertos ítems de este test, se centran, en lo sucedido durante el año anterior. Por lo que durante la administración post programa, se explica al sujeto que centre sus respuestas solo en los dos últimos meses.

A su vez, es importante señalar que los resultados del test, se ven afianzados con las pruebas médicas realizadas al sujeto durante el programa y con lo observado durante salidas a casa por su hija, la cual confirma nulo consumo de alcohol y tóxicos en casa.

Figura 5. Puntuaciones cuestionario Duke-UNC



Finalmente señalar que el apoyo percibido por el sujeto, se ha visto mejorado, pasando de presentar bajo apoyo percibido (al comenzar el programa) a normal apoyo percibido. Esta puntuación se ve afianzada con el aumento de salidas a casa con su hija.

Según se observa a través del Inventario de Beck para la depresión y el cuestionario de Hamilton, el P. presenta disminución del grado de depresión tras administración de programa.

Mediante la intervención el P. ha conseguido ampliar sus conocimientos sobre patología dual, logrando identificar sintomatología y pródromos de las mismas. Aumentando capacidad para solicitar ayuda. A su vez ha adquirido técnicas que le permiten evitar llevar a cabo conductas inadecuadas para su salud, como consumo de alcohol. Siendo esto comprobado a través de administración de Test Audit y pruebas médicas encargadas de detectar consumo de alcohol, aunque como se explica anteriormente, los resultados de este test pueden no ser fiables, ya que ha sido preciso modificar las preguntas del mismo, para volverlo a administrar tras el programa. Planteándolas en vez de anualmente, mensualmente.

Finalmente señalar que como se objetiva a través de Cuestionario Duke-UNC, el apoyo percibido por el P. pre y post intervención ha mejorado considerablemente. Pasando de percibir bajo apoyo a un apoyo normal.

## **DISCUSIÓN**

El objetivo de este programa es dotar al P. de habilidades para lograr alta de centro residencial, capacitarle para mantener un estilo de vida adecuado y funcionalidad total. En cuanto a los síntomas, se pretende lograr estabilidad sintomática y conciencia de enfermedad completa. Para evitar recaídas posibles y consumo de alcohol. Por último, en relación al entorno familiar, se buscó retomar y mejora relación con su hija.

Tras la administración de los cuestionarios pre y post, se objetiva una notoria mejoría en todos los objetivos específicos planteados. Es importante señalar que este resultado a su vez, ha podido estar influido por el entorno en el que se encontraba el P., siendo este un centro residencial, para personas con enfermedad mental. En el cual se combina terapia psicológica, psiquiátrica y terapéutica, trabajando, no solo con un psicólogo, si no con un grupo amplio de profesionales, centrados en la recuperación del P. y en apoyar la intervención psicológica.

Otro de los factores que han afectado en la fluidez del programa ha sido la unión terapéutica establecida con el P. y con su familia. Siendo muy sencillo trabajar con ellos y exponer objetivos centrados en su rehabilitación. A través de mantener constante comunicación, manteniendo informados a los familiares de la evolución del paciente y dotándoles de técnicas para afrontar complicaciones durante rehabilitación.

Los resultados obtenidos en este programa concuerdan con la eficacia percibida de las técnicas empleadas (Cognitivo conductual e intrapersonal), y coinciden con los resultados de varios estudios que valoran la eficacia de estos tratamientos psicológicos, en comparación de los médicos, como el estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin, Parloff, Hadley & Audry, 1985). Es importante señalar que no se ha encontrado ningún estudio que valore la eficacia de este tipo de tratamiento, teniendo en cuenta los factores ambientales y el resto de intervenciones y tratamientos (tratamiento farmacológico e intervención llevada a cabo por educadores sociales,

integradores y técnicos centrados en apoyar, terapia psicológica) a los que el P. se ha visto sometido a la vez que se llevaba a cabo la intervención psicológica.

Para finalizar es importante señalar que debido al breve tiempo del que se ha dispuesto para implantar el programa, es posible que los resultados del mismo a medio largo plazo no se mantengan, por lo que se precisan varias sesiones más de apoyo, siendo por esto por lo que tras el programa, no se lleva a cabo de forma directa, derivación a otro recurso, con mayores libertades y responsabilidades, que doten al P. de mayor autonomía. Tal como una vivienda tutelada.



## ANEXOS.

### Anexo 1. Entrevista inicial:

Fecha de Ingreso:            Fecha Evaluación:

#### 1.- DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos:

Fecha y Lugar de Nacimiento:

Lugar de última residencia:

Edad:

Situación legal:

Tutelado:    Consellería    Fam<sup>l</sup>iar.....            Curat<sup>l</sup>ado

Nivel académico:    Bajo...    Medio...    Alto...

#### 2.- DEMANDA

**Motivo de ingreso y expectativas. De dónde procede o es derivado, por quién.**

#### 3.- HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Secundarios:

##### a) SÍNTOMAS:

- Referidos por el paciente:
- Referidos por la familia:
- Sintomatología observada:

AFECTIVIDAD	HUMOR MANÍACO DEPRESIVO	<input type="checkbox"/> Humor maníaco, hipertimia o alegría patológica <input type="checkbox"/> Humor depresivo, hipotímico o tristeza patológica <input type="checkbox"/> Humor mixto	
	HUMOR ANSIOSO	<input type="checkbox"/> Ansiedad normal <input type="checkbox"/> Ansiedad neurótica	

		<input type="checkbox"/> Ansiedad psicótica	
		<input type="checkbox"/> HUMOR IRRITABLE	
		<input type="checkbox"/> DISTIMIA	
		<input type="checkbox"/> INDIFERENCIA AFECTIVA	
		<input type="checkbox"/> INADECUACIÓN AFECTIVA/PARATIMIA	
		<input type="checkbox"/> ALEXITIMIA	
MOTRICIDAD	Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Inquietud y agitación	
	Hipoactividad	<input type="checkbox"/> Inhibición psicomotriz <input type="checkbox"/> estupor psiquiátrico	
	<input type="checkbox"/> Distonía <input type="checkbox"/> Acatisia <input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Catatonía <input type="checkbox"/> Temblor <input type="checkbox"/> Parkinsonismo	

Sintomatología negativa		Observaciones
ALOGIA	<input type="checkbox"/> Pobreza del lenguaje <input type="checkbox"/> pobreza del contenido del lenguaje <input type="checkbox"/> Bloqueo <input type="checkbox"/> Latencia de respuesta incrementada	
POBREZA AFECTIVA	<input type="checkbox"/> Expresión facial inmutable <input type="checkbox"/> Movimientos espontáneos disminuidos <input type="checkbox"/> Escasez de ademanes expresivos <input type="checkbox"/> Escaso contacto visual	



	<input type="checkbox"/> Ausencia de respuesta afectiva <input type="checkbox"/> Incongruencia afectiva <input type="checkbox"/> Ausencia de inflexiones vocales <input type="checkbox"/> Quejas subjetivas de vacío emocional o pérdida del sentimiento	
ABULIA APATIA	<input type="checkbox"/> Aseo e higiene <input type="checkbox"/> Falta persistencia en trabajo/escuela <input type="checkbox"/> Anergia física <input type="checkbox"/> Quejas subjetivas de abulia y apatía	
ANHEDONIA INSOCIABILIDAD	<input type="checkbox"/> Intereses y actividades recreativas <input type="checkbox"/> actividad e interés sexual <input type="checkbox"/> capacidad para sentir intimidad y proximidad <input type="checkbox"/> Relaciones con amigos y semejantes	
ATENCION	<input type="checkbox"/> Distracción social <input type="checkbox"/> Falta de atención durante el test de estado mental <input type="checkbox"/> Quejas subjetivas de quejas de atención	

<b>Sintomatología positiva</b>	Observaciones
--------------------------------	---------------

<p>ALUCINACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Auditivas</li> <li><input type="checkbox"/> Visuales</li> <li><input type="checkbox"/> Olfatorias</li> <li><input type="checkbox"/> Gustativas</li> <li><input type="checkbox"/> Cinestésias</li> <li><input type="checkbox"/> Somáticas</li> <li><input type="checkbox"/> Apticas</li> </ul>	
<p>IDEAS DELIRANTES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Persecución</li> <li><input type="checkbox"/> Celos</li> <li><input type="checkbox"/> Culpa o pecado,</li> <li><input type="checkbox"/> Grandeza,</li> <li><input type="checkbox"/> Religioso,</li> <li><input type="checkbox"/> Somático,</li> <li><input type="checkbox"/> De referencia,</li> <li><input type="checkbox"/> De control,</li> <li><input type="checkbox"/> Lectura del pensamiento,</li> <li><input type="checkbox"/> Difusión del pensamiento,</li> <li><input type="checkbox"/> Inserción del pensamiento</li> <li><input type="checkbox"/> Robo del pensamiento.</li> </ul>	
<p>TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Descarrilamiento</li> <li><input type="checkbox"/> Tangencialidad</li> <li><input type="checkbox"/> Incoherencia (esquizoafasia)</li> <li><input type="checkbox"/> Ilogicidad</li> <li><input type="checkbox"/> Circunstancialidad</li> <li><input type="checkbox"/> Presión del habla</li> <li><input type="checkbox"/> Distraibilidad</li> <li><input type="checkbox"/> Asociaciones fonéticas</li> </ul>	

COMPORTAMIENTO EXTRAVAGANTE	<input type="checkbox"/> Vestido y apariencia <input type="checkbox"/> Comportamiento social y sexual <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo y estereotipado <input type="checkbox"/> Conducta repetitiva o estereotipia	

**b) INGRESOS:**

Nº ingresos:                      Días de ingreso:

**Fecha, Edad y Motivo Primer ingreso:**

**Fecha, Edad y Motivo Último ingreso:**

**c) RIESGO DE SUICIDIO:**

**“GOLDBERG” (Modificado)**

	<b>NO (1)</b>	<b>ALGO (2)</b>	<b>SI (3)</b>
¿Has pensado que no vales nada?			
¿Vives la vida sin ninguna esperanza?			

¿Sientes que no merece la pena vivir?			
¿Has pensado en quitarte la vida?			
¿A veces está tan nervioso que no puedes hacer nada?			
¿Sientes deseos de estar muerto y lejos de todo?			
¿Te viene la idea de quitarte la vida mucho por tu cabeza?			

Puntuación Total: .....

Intentos de suicidio: Sí..... No..... N° de intentos: .....

Letalidad de los intentos: Leve.....Moderada.....Grave.....

Ideación suicida presente ( No se objetiva/  Estructurada /  Semiestructurada):

Episodios auto/heteroagresividad (frecuencia, conductas, situación antecedente):

#### 4.- ANTECEDENTES

##### A) Antecedentes Familiares:

- Enfermedades Psiquiátricas:

- Enfermedades Somáticas:

##### B) Antecedentes Médicos (Enfermedades somáticas):

- Embarazo:

- Parto:

- Desarrollo psicomotor y psicomotriz:

- Accidentes:

- Enfermedades:

C) Historia Personal: (funcionamiento premórbido, inicio y evolución de la enfermedad.

#### 5.- HISTORIA FAMILIAR:Genograma

<b>Padre</b>	Nombre:.....	Edad:.....
--------------	--------------	------------

Si murió, fecha y causa de su muerte:

Ocupación:

¿Qué enfermedades padece o ha padecido?

¿Ha tenido problemas con el consumo de alcohol o drogas?

¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?

¿Qué clase de persona era (es), especialmente durante su infancia?

¿Cómo es actualmente la relación con su padre?

<b>Madre</b> Nombre:..... Edad:.....
--------------------------------------

Si murió, fecha y causa de su muerte:

Ocupación:

¿Qué enfermedades padece o ha padecido?

¿Ha tenido problemas con el consumo de alcohol o drogas?

¿Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico?

¿Qué clase de persona era (es), especialmente durante su infancia?

¿Cómo es actualmente la relación con su madre?

<b>Hermanos/as</b>
--------------------

Nombre/Edad	Ocupación	Relación anterior	Relación actual	Información relevante

<b>Padres</b>
---------------

¿Se quieren (querían) entre ellos?

¿Le querían a Vd.?

¿Se llevaban bien entre ellos?

¿Se peleaban mucho?

Describe la atmósfera hogareña

## Otras personas importantes

¿Ha habido otros adultos que han influido mucho en su vida?

¿Cuáles son las personas más importantes de su vida?

Describe cómo eran y de qué manera jugaron un papel importante en su vida:

Nivel de conocimiento de la familia sobre la enfermedad:

Opinión de la familia sobre la enfermedad mental y el tratamiento:

Expectativas de la familia:

## 6.- CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO:

A) Conciencia de enfermedad:

¿Se considera enfermo?

¿Por qué?

¿Desde cuándo?

¿Conoce su diagnóstico?

¿Sabes cuáles son las características de tu enfermedad?

B) Cumplimiento del tratamiento y la medicación:

¿Sabes qué medicación tomas?

¿Para qué sirve?

¿Qué efectos secundarios tiene?

¿Te preocupas de tomarla tú mismo?

C) Responsabilidad del tratamiento:

¿Se acuerda de las cosas para contárselas al psiquiatra?

¿Qué piensa sobre el tratamiento?

¿Acude a sus citas? ¿Pide cita con el psiquiatra?

D) Comentar con la familia:

	SÍ	A VECES	NO
Es capaz de hablar de su enfermedad			
Conoce el diagnóstico			
Reconoce los síntomas			
Conoce la medicación que toma			

Toma el tratamiento adecuadamente			
Toma autónomamente la medicación			
Se acuerda de tomarla			
Reconoce los efectos secundarios			

**Observaciones:**

**7. AVD's**

**A) Autocuidado:**

- Higiene y aseo personal:
- Vestido:
- Alimentación:

**B) Hábitos de vida saludable:**

- Sueño
- Conciliar el sueño. ¿cuánto tiempo tardas en dormirte? 15 – 30 - 45 – 60 minutos.
- Permanecer dormido. ¿cuántas veces te despiertas?  
Debido a: dolor, necesidad orinar, ruidos, otros
- Si te despiertas antes de la hora prevista, ¿cuánto tiempo?
- Somnolencia diurna.
- Ronquidos,  pesadillas,  movimientos de piernas, apnea,  incontinencia urinaria
- Otros:
- Consumo drogas-alcohol y sustancias nocivas:

**Café:** SÍ..... NO..... Cantidad diaria: .....

Observaciones:

**Tabaco:** SÍ.....NO.....Cantidad diaria: .....

Edad inicio: ..... Máximo consumo: .....

Observaciones:

**Alcohol:** SÍ.....NO.....Cantidad diaria: .....

Edad inicio: ..... Máximo consumo: .....

Observaciones:

**Otros:** SÍ..... NO.....

Tipo de sustancia: .....Cantidad diaria: .....

Edad inicio: ..... Máximo consumo: .....

Tipo de sustancia: .....Cantidad diaria: .....

Edad inicio: ..... Máximo consumo: .....

Tipo de sustancia: .....Cantidad diaria: .....

Edad inicio: ..... Máximo consumo: .....

Observaciones:

**C) Autonomía básica:**

- Administración y manejo de dinero:
  - . ¿Tiene ingresos propios?
  - . ¿Cuánto gana o le dan?
  - . ¿Se administra sólo?
  - . ¿Cuánto gasta?
  - . ¿Cuánto vale una barra de pan, un café?
  - . ¿Sabe sacar o ingresar dinero?
- Uso de transporte:
  - . ¿Lo utilizas?
  - . ¿Tienes carné de conducir? ¿Y coche?
- Habilidades domésticas:
  - . ¿Qué hace en casa, se hace la cama, cocina, hace la compra?

**D) Habilidades Educativas:**

- **Lectura y escritura:**
- **Calcula:**
- **Conocimientos socioculturales:**
  - ¿Lee el periódico o escucha la radio?
  - ¿Qué programa ve en tv?
  - ¿Cómo se llama el presidente del gobierno?
  - Nombre 3 personajes de tv, 3 deportistas, películas:

- **Cultura General:**

**E) Nivel académico-profesional**

- **Nivel Académico** (adaptación escolar, cursos repetidos, expulsiones, relaciones con profesores y compañeros):
- **Nivel laboral alcanzado** (adaptación laboral, paro, expulsiones, etc.):

**8. AUTONOMÍA-COMPETENCIA SOCIAL:**



**1. HHSS:**

- Básicas:  
Postura, tono y volumen de la voz, mirada y gestos
- Conversacionales:  
¿Inicia y mantiene una conversación?  
¿Escucha?
- Asertivas:  
¿Comunica sus sentimientos?  
¿Es capaz de pedir ayuda?  
¿Dice lo que le gusta y lo que le disgusta?

**2. Estrategias de autocontrol y afrontamiento de estrés:**

¿Se pone nervioso con frecuencia? ¿En qué situaciones?

¿En qué lo nota (Respuesta F, C, M)?

Ponga un ejemplo.

¿Qué hace para tranquilizarse?

¿Qué hace cuando está triste?

**3. SP:**

¿Quiere ir al cine, qué hace?

**4. Autoestima**

¿Cómo te consideras?

¿Cuáles son tus virtudes?

¿Y tus defectos?

**9. – FACTORES DE RIESGO, FACTORES PROTECTORES Y PRÓDROMOS:**

Identifique los síntomas que presentó justo antes del inicio de la última crisis.

- Tensión y nerviosismo
- Pérdida de apetito o desorganización de las comidas
- Dificultad para concentrarse en actividades habituales
- Dificultad para dormir
- Disfruta menos de las cosas
- Inquietud corporal y mental
- Falta de memoria

- Depresión y tristeza
- Preocupado sólo con una o dos cosas
- Ve menos a sus amistades. Tiende a aislarse
- Piensa que ríen o hablan mal de él
- Pérdida de interés en sus cosas y ocupaciones habituales
- Piensa más a menudo en temas religiosos
- Se siente mal sin un motivo claro
- Se muestra agitado o emocionado sin causa clara
- Se lamenta de que no vale para nada
- Otros cambios que usted nota y relaciona con el comienzo de la crisis.....  
.....

### **ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK**

#### **10.-FUNCIONAMIENTO COGNITIVO:**

##### **MINI EXAMEN COGNOSCITIVO**

Rangode puntuación 0-35. Lobo et al. proponen:

Pacientes geriátricos (> 65 años), punto de corte 23/24 (es decir, 23 o menos igual a "caso" y 24 ó más igual a "no caso").

Pacientes no geriátricos, punto de corte 27/28 (es decir, 27 o menos igual a "caso" y 28 omás igual a "no caso").

#### **11. OCIO Y TIEMPO LIBRE**

- ¿Qué actividades de ocio tiene? ¿Qué te gusta hacer?
- ¿Qué suele hacer un día normal?
- ¿Y un fin de semana normal?
- ¿Con quién suele salir o realizar actividades?
- ¿Prácticas algún deporte?
- ¿Has hecho algún curso de formación o entretenimiento o has colaborado con alguna asociación?

#### **12. EXPECTATIVAS DEL RESIDENTE**

- ¿Cómo vive esta experiencia?
- ¿Cuál es su preocupación más importante?
- ¿Qué expectativas o que objetivos esperas lograr?
- Algo que pienses que necesitas.

**13. DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA.**

	Inadecuada	Normal	Adecuada	Observaciones
Conducta de interacción				
Mirada/ contacto ocular				
Expresión facial				
Sonrisas				
Latencia de respuesta				
Gestos				
Auto manipulaciones				
Postura corporal Orientación corporal				
Volumen voz (hiper/hipofonía)				
Entonación (aprosodia/disprosodia)				
Fluidez habla (taquifemia)				
Tiempo del habla				
Sentido del humor				
Verbalizaciones autoderroristas				
Verbalizaciones positivas				
Autorrevelación				
Ansiedad manifiesta				
Apariencia física				

REVISADO Y APROBADO POR:
-----------------------------

## **Anexo 2. Sesiones redactadas:**

### **Sesión 1:**

Durante la sesión inicial, se procede a realizar las presentaciones oportunas y administración de cuestionario autobiográfico (Entrevista inicial). La duración del cuestionario es de 70 minutos aproximadamente. Durante los cuales el P. se muestra comunicativo. La entrevista no se administra completa. Solo se realizan las cuestiones relevantes para el área psicológica. Tras esto se informa al P. del contenido de la próxima sesión.

### **Sesión 2:**

Se procede a la administración de los 4 cuestionarios centrados en valorar la problemática del P. en la actualidad. Comenzamos la sesión administrando el Inventario de depresión de Beck, cuya duración es de 10 minutos. Tras este administramos Test AUDIT, Escala de Hamilton para la depresión y finalmente Escala de Duke-UNC-11. Siendo la duración de la sesión de 60 minutos. Durante la sesión aprovechamos para preguntarle acerca de su problemática, conocimiento de la misma, síntomas, pródromos y evolución en el tiempo. Para finalizar acordamos con el P. objetivos a trabajar durante el programa.

### **Sesión 3:**

Durante la sesión se explica en que consiste su problemática, tanto en lo referente a la depresión, como al abuso de alcohol que presento antes del ingreso al centro. Al igual que se informa de la prevalencia de ambos problemas y evolución de los mismos, teniendo en cuenta posibles recaídas de consumo de alcohol y brotes depresivos.

Tras Psicoeducación, se dedican 10 minutos para resolver dudas y se le pide al paciente que nos informe de síntomas que él sea capaz de identificar, de anteriores brotes y recaídas. Se emplea el uso de video animado, en el cual se muestra ambas patologías de forma dinámica.

Para finalizar se solicita que realice autorregistro semanal de síntomas depresivos observados y las posibles causas de su aparición.

#### AUTORREGISTRO:

Día y hora	Síntoma	Posible causa	¿Cómo actúas?

#### Sesión 4:

Al iniciar la sesión dedicamos 10 minutos para resolver dudas sobre la sesión anterior.

Entrega actividad de sesión anterior y analizamos síntomas identificados por el P. Tras esto se le pregunta, cómo actuaba ante estos síntomas, antes de ingresar en la residencia (¿Solicitaba ayuda?, ¿Cómo?, ¿A quién?) y si empleaba alguna técnica para controlarlos.

Nos informa que no empleaba ninguna técnica y que tampoco solicitaba ayuda. La ayuda era dada por parte de su familia (ex mujer e hija) cuando sentían que la vida del P. corría un grave riesgo.

Valoramos síntomas anotados en autorregistro, ¿cuáles han sido las posibles causas, sensaciones corporales ante los mismos, pensamientos y creencias irracionales? Realizamos confrontación de estos pensamientos. Buscando respuestas alternativas a los mismos.

Durante análisis de síntomas, observamos que estos se encuentran agravados por falta de habilidades para lograr disminuir ansiedad, por lo que explicamos y llevamos a cabo técnicas de respiración y relajación progresiva de Jacobson. Dando como tarea la práctica de ambas técnicas una vez al día.

#### Sesión 5:

Comenzamos la sesión valorando las últimas recaídas de consumo de alcohol en casa. Se realizan varias preguntas tales como:

- ¿Por qué bebiste?
- ¿Cuánto?
- ¿En qué momento?
- ¿Sucedió algo que te incentivara a beber?
- ¿Cómo te sentías antes de beber?
- ¿Qué sentiste tras beber?
- ¿Repetiste la acción en otro momento?

Observamos que estas recaídas no coinciden con episodio depresivo. Nos explica que bebió porque tras salir a pasear se sintió cansado y necesitaba activarse de alguna forma. La cantidad de consumo fue de media botella de vino. Bebió varias veces a lo largo del día. Siendo este consumo de una copa cada vez. Dice beber porque podía, no tenía supervisión en ese momento y tenía acceso al alcohol. En las dos ocasiones que ha consumido alcohol en casa, se han dado las mismas características. Sensación de cansancio físico tras realización de deporte, acceso a alcohol y nula supervisión en el momento de consumo.

Tras obtener dicha información, nos ponemos en contacto con su hija para abordar consumo de alcohol, tanto desde el centro como en casa. Se pide que cuando vaya su padre, en casa no se disponga de ninguna bebida alcohólica. Ya que el solo bebe si está a su disposición, no siendo capaz de ir a comprar o beber en el bar.

A su vez, abordamos con él, momentos de debilidad y situaciones de posible consumo. Creando lista de actuación para poder evitar consumir alcohol, si lo tuviera en casa a su disposición.

Creamos lista de acciones de distracción para evitar beber. Esta lista se crea en consenso con el P., con el fin de que cuando tenga la necesidad de beber, sea capaz de distraer su mente y evitar dicho consumo. Esta lista se entrega a su hija, para que sea conocedora de la misma y este al corriente de en qué momento es posible que su padre solicite su ayuda.

Para finalizar la sesión y observando que la última vez que consumió alcohol en casa fue hace 1 mes y medio, se propone a su hija la posibilidad de realizar salida a casa de fin de semana. Para llevar a cabo lo aprendido en la sesión.

Se programa salida a casa de sábado a domingo. Para la misma se lleva el plan de actuación y un autorregistro (anexo) para que anote en qué momento siente la necesidad de beber y cómo actúa.

Autorregistro:

¿En qué momento tienes ganas de beber?	¿Cómo actúas?

Se plantea con el P. y con su hija, la posibilidad de que pueda realizar salidas a casa todas las semanas, siempre que P. mantenga nulo consumo de alcohol. Ambos están de acuerdo. Creamos contrato de compromiso con el P. y su hija.

Finalmente se informa a ambos que al regresar al centro se le realizará prueba de alcohol y tóxicos.

Sesión 6:

En la sesión anterior se observa que cuando presenta episodio depresivo, uno de los síntomas que presenta el P. son pensamientos e ideas de suicidio. Por lo que la sesión número 6 se centra en abordar estos pensamientos y dotarle de técnicas para prevenir intentos de suicidio y reestructurar pensamientos.

Comenzamos la sesión informándonos de en qué momentos se producen pensamientos de suicidio, que lo desencadena y cómo actúa.

Nos informa que estos pensamientos se producen cuando presenta síntomas depresivos, en concreto cuando no puede dormir o cuando se despierta a mitad de la noche, tras tener una pesadilla y no logra recuperar el sueño. En ese momento recuerda vivencias traumáticas (abusos sexuales siendo un niño, bullying por parte de sus compañeros, separación, etc.). Culpándose de lo sucedido y no encontrando una salida alternativa para su vida, que no sea la muerte.

Por lo general, nos comenta que cuando le sucede esto y los pensamientos de suicidio son muy persistentes, llama a enfermería para que le administren pauta de

rescate y poder retomar el sueño. No abordando situación mediante técnicas psicológicas.

Tras saber los motivos por el cual el residente presenta pensamientos de suicidio, realizamos pequeño abordaje de los pensamientos intrusivos que se presentan en estos momentos. Valorándolos detenidamente y preguntando la responsabilidad real por su parte de todos ellos.

Tras esto, realizamos lista de actuación ante pensamientos e ideas de suicidio por la noche. Con esta lista de actuación, se pretende conseguir distraer al P. de aquellos pensamientos intrusivos, facilitándole actividades de distracción y fomentando e incentivando el pedir ayuda a los profesionales del centro, cuando esto sucede. Dicha lista de actuación y distracción comienza por la ya aprendida técnica de relajación.

El objetivo de esta lista de actuación, es lograr que mediante las diferentes actividades planteadas el P. logre distraer sus pensamientos, y la idea de suicidio disminuya. Dotándole de habilidades personales para resolver la situación. Informando siempre de lo sucedido a su psicóloga de referencia y a enfermería, para abordar problemática presentada y logros conseguidos. Al igual que para valoración de posible cambio de medicación por parte del psiquiatra, para disminuir insomnio.

#### Sesión 7:

Durante sesiones anteriores se objetiva en el residente miedo ante situaciones de la vida diaria.

Comenzamos la sesión 7 solicitándole un listado acerca de sus miedos y el nivel de ansiedad que le producen.

Cuando realiza el listado, se le pide que ordene sus miedos de menor a mayor gravedad. Tras esto comenzamos desensibilización sistemática, mediante, técnica de exposición en imaginación, con aquel miedo que menor malestar le produce.

En primer lugar adaptamos el área de trabajo para que el P. se encuentre lo más cómodo posible y se eviten aquellos factores distractores, que pueden dificultar la realización correcta de la técnica. Tras esto se solicita que imagine la situación de la que hemos hablado anteriormente. Lugar, olores, sensaciones físicas que le produce el pensamiento de esa situación. Se recalca que mientras mantiene este pensamiento, sea



capaz de establecer un ritmo de respiración adecuado. Fomentando al máximo su sensación de relajación y seguridad durante la técnica.

Durante la sesión, practica la técnica con tres de los miedos anotados en su lista. Al finalizar se le pregunta nivel de ansiedad percibido durante la práctica y tras la misma. Observando que comienza la práctica con un nivel de ansiedad medio, de 3, disminuyendo con el avance de la técnica en imaginación a 0.

Para finalizar explicamos técnica de exposición en vivo, y mandamos como tarea para la próxima sesión, que se exponga a todas aquellas situaciones que le producen miedo, comenzando con las que menor grado de ansiedad le producen hasta llegar a la que mayor ansiedad le da. Le entregamos autorregistro en el cual debe anotar fecha, situación a la que enfrenta y nivel de ansiedad sentido antes, durante y tras exposición. A su vez, debe anotar si ha sido capaz de enfrentarse a la situación planteada o no.

#### Sesión 8:

Al comienzo de la sesión observamos ejercicio semanal de técnica en exposición, observamos que el nivel de ansiedad se ve disminuido cuando el P. realiza en varias ocasiones dicha técnica, ante el mismo miedo. Reforzamos esfuerzo y logros. Eliminamos autorregistro aunque motivamos mantenimiento de actitud.

Esta sesión se centra en abordar aquellos recuerdos intrusivos que le provocan malestar emocional. Solicitamos que anote cuales son aquellos recuerdos que más le atormentan, anotándolos de menor a mayor influencia en el día a día.

Tras esto, realizamos técnica de relajación, una vez logrado nivel óptimo de relajación, le pedimos que recuerde pensamiento intrusivo. Comenzamos con el que menor malestar le produce. Le decimos que se centre en la emoción que vivió en su día. Guiamos pensamiento, ¿Qué sientes ahora? ¿Cuál es el nivel de malestar que te produce? Ahora mismo, estando aquí ¿crees que sigues en peligro? Reforzamos idea de seguridad. Volvemos a inducir el recuerdo y repetimos preguntas. Hasta observar disminución activación fisiológica al recordar dicha experiencia. Realizamos este ejercicio con tres recuerdos intrusivos.

Mandamos como tarea para la semana, la realización de esta técnica por cuenta propia y anotar si disminuye mal estar o se mantiene.

Tras esto explicamos el concepto de resiliencia y la capacidad que tienen las personas de sobreponerse ante situaciones difíciles y lo que obtenemos de las mismas. Se le pregunta:

¿Qué crees que has podido sacar de estas vivencias?

Nos informa que cree que se ha hecho más fuerte y a su vez le ha enseñado a respetar siempre al resto de personas.

Para finalizar la sesión volvemos a administrar cuestionario Beck para la depresión, cuestionario Duke-UNC y realizamos llamada a su hija, para contrastar consumo de alcohol durante salidas a casa y solicitamos a enfermería registro de pruebas de alcohol.

Sesión 9:

Revisamos tarea de la sesión anterior.

Comenzamos objetivo de la sesión, abordando sentimientos de culpa ante los recuerdos intrusivos de la sesión anterior. Analizamos las situaciones una a una, indagamos responsabilidad real ante cada situación y circunstancias de las mismas (edad que tenía, situación personal, salud mental y física en el momento, hábitos, etc.).

Tras esto indagamos en que situaciones surgen estos pensamientos y sentimientos de culpabilidad, observando que se dan durante episodio depresivo, en el momento de dormir. Por lo que en ese momento recordamos técnica de relajación y distracción del pensamiento.

Recordamos síntomas depresivos y como solicitar ayuda ante estas situaciones. Muestra conocimientos de síntomas y de cómo actuar y solicitar ayuda.

Tras esto planteamos situaciones cotidianas en las que también ha presentado sentimientos de culpa y explicamos técnica de resolución de conflictos. Dotándole de habilidades para la correcta resolución de los mismos. Evitando sensación de culpabilidad final.

Sesión 10:

Observando evolución del P. y necesidad del mismo por sentirse realizado laboralmente. Centramos esta sesión en plantear objetivos reales de futuro, valorando sus capacidades y posibilidades de llevarlo a cabo.

Derivamos con el trabajador social del centro, para que este le informe sobre cursos y formación laboral, encaminada a abrirle puertas laborales en el futuro. Mientras logra completa rehabilitación psicológica. Tras esto se le informa de siguientes pasos a seguir si mantiene estabilidad conductual y psicopatológica (vivienda tutelada).

Finalmente dedicamos 20 minutos de la sesión para resolver posibles dudas. Observar ejercicios realizados y mantener contacto con su hija para comprobar evolución en casa.

Sesión 11:

La última sesión se dedica a la administración de los cuestionarios post tratamiento. Dedicamos 60 minutos a la administración de las diferentes escalas. Tras esto se le explica que se realizaran dos sesiones más. Una al mes y la segunda a los dos meses, para observar evolución y mantenimiento o no de lo aprendido.

Se deja tiempo para resolución de dudas. Y se le pregunta de forma general que es lo que ha aprendido y que cree que puede conseguir con lo conseguido hasta el momento.

Realizamos llamada a su hija e informamos del estado de intervención y resultados.

Finalizamos programa de intervención.

#### **Anexo 4, registro pruebas de tóxicos y alcohol:**

<b>Día</b>	<b>Análisis de orina</b>	<b>Test de alcoholemia</b>
22/04/2019	Negativo	Negativo
29/04/2019	Negativo	Negativo
6/05/2019	Negativo	Negativo

## REFERENCIAS.

- American Psychiatric Association, (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Madrid: Panamericana.
- Babor, TF., Higgins-Biddle, JC., Saunders, JB., y Monteiro, MG. (2001). Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. *Ginebra: OMS*. Recuperado de: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf)
- Bellón JA., Delgado A., Luna J., y Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Attention Primaria*. 1996;18 (4):153-163.
- Chambless, D. L., y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52(1), 685-716. Recuperado de: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., y Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12(2), 137-148.
- Elkin, I., Shea, MT., Watkins, JT., Imber, SD., Sotsky, S. M., Collins, J. F., y Fiester, SJ. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46 (11), 971-982. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/494730>
- Fava, GA, Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., y Belluardo, P. (1998). *Prevención de la depresión recurrente con terapia cognitiva conductual: hallazgos preliminares*. *Archivos de psiquiatría general*, 55 (9), 816-820. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/204267>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., y Grant, B. F. (2018). *Epidemiología del trastorno depresivo mayor DSM-V en adultos y sus especificadores en los Estados Unidos*. *JAMA psychiatry*, 75(4), 336-346.

Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2671413>

Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., y Trivedi, M. H. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470. Recuperado de: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200005183422001>

Labrador, F. J., Vallejo, M. Á., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, nº 84, 2003.

Larrañaga, J. L. (2006). Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. In *Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de* (Vol. 10).

Llamas-Velasco, S., Llorente-Ayuso, L., Contador, I., y Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. *Rev Neurol*, 61(8), 363-371.

Misol, R. C. (2002). Detectar la depresión: el primer paso hacia un tratamiento más eficaz.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Encuesta Nacional de salud España 2017*. Recuperado de: [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175)

Organización Mundial de la Salud. (22 de marzo de 2018). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud (2018), CIE-11. *Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*.

Pérez Álvarez, M., y García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).

Schulberg, HC, Katon, W., Simon, GE y Rush, AJ (1998). Tratamiento de la depresión mayor en la práctica de atención primaria: una actualización de la Agencia de Políticas de Atención de Salud y Pautas de Prácticas de Investigación. *Archivos de psiquiatría general*, 55 (12), 1121-1127. Recuperado de: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/204553>

Wampold, BE, Minami, T., Baskin, TW y Tierney, SC (2002). Un meta- (re) análisis de los efectos de la terapia cognitiva versus "otras terapias" para la depresión. *Diario de trastornos afectivos*, 68 (2-3), 159-165. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032700002871>

