

LINEAMIENTOS PARA LA EVALUACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

Haydeé Aguado Molina¹
Raquel Silberman Pach²
Edwin Manrique Gálvez³

La depresión es considerada el “resfriado común” de los trastornos psiquiátricos y representa uno de los más significativos problemas de salud mental que encara el mundo entero y, del mismo modo, nuestro país. En las últimas décadas han surgido múltiples modelos para explicar los orígenes de la depresión, muchos de los cuales también han propiciado estrategias efectivas de evaluación y tratamiento.

En este artículo, se hace una revisión actualizada de las estrategias más relevantes y útiles para una adecuada evaluación y conceptualización del caso. Se describen procedimientos estándares como la entrevista clínica, el uso de los autorregistros y la aplicación de medidas de autoinforme. También se incluye una reseña de los principales modelos cognitivo-conductuales para el tratamiento efectivo de la depresión.

Palabras Clave: *Depresión, Evaluación Cognitivo-Conductual.*

Depression is considered the «flu» of psychiatric disorders, and it represents one of the more relevant problems of mental health in world and in our country too. In last decades, many models have tried to explain the origin of depression, and they also have proposed effective strategies for its assessment and treatment.

We bring up to date the most relevant and useful strategies for assessment and concept of the case. We describe standard procedures, like clinic interview, the use of self report, and the application of self inform. We also include a review of the main cognitive_ behavioral models for the effective treatment of depression.

Key Words: *Depression, Cognitive-Behavioral Assessment.*

¹ Psicóloga, terapeuta cognitivo-conductual, Directora del Programa de Especialización en Terapia Cognitivo-Conductual (PROMOTEC).

² Psicóloga, terapeuta cognitivo-Conductual, docente de PROMOTEC.

³ Psicólogo, Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación - Hospital Hermilio Valdizán, Coordinador PROMOTEC

La depresión es un serio trastorno afectivo y un problema de salud que no puede ni debe pasar desapercibido. El riesgo para la mujer es de 10 a 25 % y de 5 a 12 % para el hombre; el suicidio, un subproducto de la depresión, es una causa importante de muerte (American Psychiatric Association). La investigación ha puesto de manifiesto que de 1 a 4 % de adultos afirman que han intentado suicidarse (Jamison, 1999). En nuestro país, aun cuando no existen datos epidemiológicos consistentes respecto a la prevalencia de los trastornos mentales, se plantea—por lo menos respecto a la situación particular de Lima y algunos departamentos del Perú—un 19% de prevalencia de vida de la depresión en general, con un fuerte predominio en la población femenina, pero donde no está ausente un significativo porcentaje masculino (Instituto Especializado de Salud Mental, 2002). Muchos de estas mujeres y hombres son padres, hecho que constituye un problema añadido dadas las posibles repercusiones en sus hijos.

La depresión, un grupo de síntomas duros, puede extenderse desde unas pocas semanas hasta varios años. Este estado perturbador puede desarrollarse rápidamente o sobrevenir paulatinamente en un período de semanas. El síntoma más pervasivo es un bajo estado de ánimo y el estilo cognitivo negativo que lo acompaña. Las personas deprimidas son incapaces de sacudirse de su estado de ánimo hasta el punto que éste colorea prácticamente todas sus experiencias. Los problemas cotidianos parecen abrumadores y las tareas más simples requieren de un gran esfuerzo. Una vez que las personas están deprimidas, se tornan autocríticas y tienden a culparse por casi todas las cosas. Algunas creen que están siendo castigadas y, en varios casos, su culpa puede resultar delusional.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

De acuerdo al DSM-IV (APA, 1994), se considera que una persona está deprimida cuando reporta **al menos cinco de los siguientes síntomas**, los síntomas han estado presentes **al menos las dos últimas semanas**, y representan un **cambio significativo en su nivel previo de funcionamiento**. Al menos uno de los cinco síntomas debe ser:

Ánimo deprimido, o

Pérdida de interés o disfrute (a menos que sea claramente debido a una condición física), o

Ánimo irritable (si la persona tiene dieciocho o menos).

Síntomas Psicológicos (Pensamientos, Sentimientos, Acciones)

Ánimo deprimido. La persona se siente triste, melancólica, deprimida o desesperanzada la mayor parte del día.

Pérdida de interés o disfrute. La persona no puede pensar en algo que le agradaría hacer (permitiéndolo su salud).

Autorreproche o culpa inapropiados. La persona puede describirse como “carente de valor”.

Agitación física o letargia. (que no se debe a dolor físico o a incomodidad y que es observada por otros).

Pensamientos y temores de muerte (más allá del “miedo a morir”) y/o *planes para el suicidio*.

Perturbación del sueño. Los clientes duermen muy poco o demasiado.

Significativa pérdida o ganancia de peso, o cambio significativo en el apetito. En clientes que no están intentando ganar o perder peso de una manera intencionada.

Síntomas de ansiedad. Los clientes reportan sequedad en la boca, diarrea, tensión, sudor, etc.

Fatiga, baja energía. Que no se debe a enfermedad física.

Incapacidad para concentrarse, para tomar decisiones o para pensar claramente. Los clientes pueden reportar esto o comentar que otros lo han observado.

Debido a que el objetivo fundamental de este artículo está centrado en los aspectos de la evaluación cognitivo-conductual de la depresión, no se abundará más en los ámbitos de la clasificación y diagnóstico. Sin embargo, esto no quiere decir que se obvie su relevancia en tanto pueden marcar la pauta para una estrategia de intervención diferenciada. En lo que sigue, se delimitan las áreas y estrategias de evaluación a ser consideradas.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

La evaluación involucra la entrevista, el uso de cuestionarios, autorregistros, entrevistas estandarizadas y observación del terapeuta. En conjunto, estos componentes proveen un correcto diagnóstico y ayudan a estructurar un tratamiento apropiado. Los rasgos del trastorno del cliente, situaciones atenuantes, tratamientos previos, recursos y soporte familiar le proveen al clínico de una información que guía al terapeuta.

La Construcción de una Alianza Inicial y el Establecimiento de Metas

Las metas de los momentos iniciales de la terapia se centran en: proveer una atmósfera empática y de soporte, donde los pacientes puedan sentirse seguros al revelar y explorar sus problemas y al comenzar la evaluación acerca de la naturaleza de sus problemas. Aun cuando las habilidades técnicas del terapeuta y la dirección del tratamiento son importantes, la relación es crucial. El potencial paciente necesita sentirse comprendido y respetado. Si la persona deja la sesión sintiendo que el terapeuta está verdaderamente interesado en ayudarla, probablemente ésta se convierta en asiduo paciente.

Una buena manera de comenzar el primer encuentro es preguntar a la persona qué es lo que la trae a la consulta. Usualmente los pacientes tienen mucho que decir, pero con frecuencia lo reportan de una manera poco estructurada. Se debe pedir a los pacientes que digan brevemente lo que los trae a terapia. Si el paciente refiere alguna cosa relacionada con la depresión, debe hacerse preguntas específicas para llegar a un diagnóstico, a causa de la manera general de reportar que frecuentemente no le proporciona al terapeuta respuestas necesarias y útiles.

Todas las sesiones, incluyendo esta primera, necesariamente deben ser focalizadas. Sin embargo, se puede dejar que el paciente entre en detalles si parece necesario y se pueden hacer comentarios que muestren que se ha entendido lo que está diciendo. Si el terapeuta no está en la capacidad de dedicar dos horas a esta sesión inicial, al menos debe procurar completar una sesión completa de una hora para la evaluación.

En la primera sesión, se ayudará al paciente

a sentir que está siendo comprendido y tratado con respeto y que el terapeuta está genuinamente interesado en ayudarlo. Lo ayudará a ver que la depresión es un proceso psicológico, no una entidad sobre la cual no se tenga control. El terapeuta puede decir al paciente que aprenderá a intervenir en diferentes lugares en el proceso de la depresión. La terapia cognitivo-conductual para la depresión es mucho más que un conjunto de técnicas —es un sistema de intervención basado en el modelo cognitivo-conductual de los desórdenes emocionales.

Trabajar con metas es la esencia de la terapia de corto a mediano plazo. Se debe enfatizar lo importante de esto preguntando al paciente qué es lo que espera lograr con la terapia. Se puede enseñar al paciente a elucidar las metas conductualmente definidas preguntándoles por éstas. Por ejemplo, “quiero tener más energía” puede ser seguida de “qué sería diferente y que cosa diferente haría si tuviera más energía”. Si el paciente dice, “yo quiero ser feliz” o “no quiero sentir ningún dolor”, se puede poner de manifiesto que el dolor es parte de la vida y no puede ser completamente evitado:

¿Pero tener sentimientos negativos sólo ocasionalmente puede ser una meta razonable? Piense en otro tipo de dolor que ha tenido de manera ocasional, como un dolor de cabeza o un dolor muscular. ¿Tiene dolores ocasionales que los acepta como parte de la vida? Y si su depresión pudiera estar limitada a sólo una ocasional ocurrencia, ¿sería una meta que podría aceptar?

Entrevista al Cliente

El terapeuta obtiene la siguiente observa-

ción durante la primera entrevista para lograr un cuadro completo de la depresión y sus efectos sobre el paciente y la familia. En esta primera reunión, el terapeuta le pide al paciente que describa brevemente la naturaleza del problema. Luego, el terapeuta se mueve rápidamente a preguntas más específicas que pueden confirmar si el paciente está sufriendo de una depresión y si un tratamiento cognitivo-conductual es apropiado. Esto es seguido por otras preguntas que tienen como objetivo otras áreas descritas más abajo.

Se debe apuntar a ser lo más específico posible. La naturaleza de la depresión causa que la persona vea el mundo de una manera homogénea. Al pedirle al paciente que sea lo más específico, el terapeuta ayuda a descomponer la visión depresiva del mundo del paciente.

¿Qué cree el cliente que desencadena la depresión? ¿Hay eventos internos y externos específicos que el cliente cree que le suscitan pensamientos y sentimientos negativos?

¿Cuánto conocimiento y comprensión tiene el cliente? ¿Es capaz de reconocer los pensamientos distorsionados? ¿Es capaz de reconocer las creencias irracionales?

¿Qué rol juega la familia en la depresión? ¿Cómo reacciona la familia del cliente frente a la depresión? ¿La familia se acomoda y permite la depresión? ¿El cliente ve a la familia como una ayuda y que brinda soporte?

¿Cuánto tiempo ha estado deprimido el cliente? ¿Es la primera depresión? ¿Cuándo comenzó y cuánto tiempo ha durado? ¿Ha cambiado en su patrón o en su intensidad?

¿El cliente ha sido tratado por depresión en el pasado? Si es así ¿Qué intervenciones psi-

coterapéuticas se han usado y cuán útiles fueron? ¿Ha tomado medicación en el pasado?

¿Qué otras condiciones podrían influir en el tratamiento? ¿Es el cliente ansioso? ¿Hay desórdenes afectivos? ¿Abuso de sustancias?

¿Cómo es el funcionamiento del cliente en la actualidad? ¿Cuán perjudicado está el cliente? ¿Cuál es el actual estilo de vida?

¿Cuán motivado está el cliente para lograr su mejoría? ¿Tiene el cliente una buena actitud hacia la psicoterapia? ¿Hay ganancias secundarias de la depresión que se podrían perder con la mejoría, como la “exoneración” de contribuir económicamente o el rol de persona “especial” en la familia?

El terapeuta indaga por tres agrupaciones generales de síntomas –emocionales, físicos y cognitivos.

Ánimo Anormal

La depresión mayor está marcada por un sentimiento de tristeza que tiene una duración de más de dos semanas. Con frecuencia los clientes no describen esto como tristeza, sino como sentirse “hastados”, “decaídos”, “aburridos” o “vacíos”. Hablan de estar desesperanzados o desalentados y tienen una actitud pesimista. Muchos, especialmente los hombres, deniegan su tristeza al principio; pueden quejarse de achaques y dolores corporales, antes que admitir sentirse tristes.

Con la depresión, hay un perjuicio funcional, síntomas físicos como perturbaciones en el sueño y en el apetito, y síntomas psicológicos como la preocupación mórbida y los sentimientos de falta de valía.

La pérdida de interés en la vida diaria y una disminución en la capacidad de experimentar disfrute son rasgos comunes del estado de ánimo. Lo que los clientes alguna vez encontraron interesante, ahora lo ven de un modo indiferente. En la más extrema forma, son anhedónicos y tienen dificultad para experimentar algún disfrute o placer. Debido a que son incapaces de anticipar algún disfrute, casi han perdido toda motivación.

Los clientes deprimidos son con frecuencia irritables y difíciles de interactuar con ellos. Su bajo estado de ánimo se traduce como una actitud ruda y desconsiderada y puede ocasionar el alejamiento de quienes están más cerca de ellos. Si la depresión dura el tiempo suficiente, la persona deprimida puede resultar cada vez más aislada en la medida que los amigos se retiran frente al estado de ánimo difícil de la persona. Mucha gente confunde la depresión debido a que la persona parece estar más irritable que triste y apática.

Síntomas Físicos

La mayoría de los clientes experimenta una pérdida de la libido, del apetito y de peso, especialmente si la depresión persiste. Otros experimentan un incremento en la libido, comienzan a comer excesivamente y ganan peso. Estos síntomas son más típicos de la depresión leve o moderada. La perturbación en el sueño es uno de los síntomas más molestos de la depresión. La persona tiene problemas para conciliar el sueño, frecuentes despertares durante la noche o se despierta muy temprano por las mañanas. Una minoría de clientes experimenta lo opuesto, un excesivo sueño. Tanto los que presentan falta de sueño como los que duermen en exceso se

quejan de una profunda fatiga y de una pérdida significativa de energía. Esta pérdida marcada de energía es frecuentemente un prominente y discapacitante síntoma de la depresión. La persona deprimida con frecuencia puede mostrar más lentitud de lo habitual en el modo como habla, se mueve y piensa. Como en todos los síntomas, esto puede manifestarse con síntomas opuestos de intranquilidad y agitación física.

Síntomas Cognitivos

El cliente deprimido tiene un incremento en sus pensamientos de pesimismo, desesperanza e indefensión que traen como resultado una autoevaluación negativa y una pérdida de la autoconfianza. Pueden tener severos e irracionales pensamientos de culpa. El pensamiento negativo conduce a una conducta autoderrotista y a veces a la conducta suicida.

Los clientes deprimidos, especialmente si son mayores, frecuentemente expresan su preocupación por la pérdida de memoria en reacción a los olvidos que con frecuencia son característicos de la depresión. En la medida que la memoria empeora, los clientes mayores ven erradamente esto como un indicio de una temprana senilidad.

La pérdida de la capacidad para concentrarse es un síntoma común de la depresión. La persona se queja de fatiga mental y tiene dificultades para leer, estudiar o solucionar problemas complicados. Otros rasgo cognitivo son los pensamientos mórbidos de muerte y suicidio.

Para desarrollar un plan de tratamiento, es pertinente evaluar lo siguiente:

Historia de la depresión. Esto incluye la fe-

cha aproximada del inicio y las circunstancias que ocasionaron el desarrollo inicial de la depresión. También incluye la progresión de la depresión desde el inicio hasta el tiempo presente con énfasis en algunas circunstancias que agravaron el sentimiento de depresión. Anote cualquier condición médica coexistente, particularmente si es probable que tenga un impacto sobre la depresión del cliente.

Nivel actual de perjuicio. Evalúe el grado de funcionamiento actual del cliente. Por ejemplo, ¿es el cliente capaz de desempeñarse en el trabajo? ¿Cómo es el funcionamiento del cliente con los amigos y familiares? ¿Qué no está haciendo el cliente que había estado haciendo previamente? ¿Y que está haciendo actualmente el cliente que no había hecho antes?

Tratamientos previos. Una historia de los intentos previos para obtener ayuda profesional y sus resultados.

Estrategias previas de afrontamiento. Una descripción de las estrategias de afrontamiento que el cliente ha implementado para manejar la depresión.

Uso de medicación. Incluye cualquier medicación que el cliente está usando o ha usado en el pasado para la depresión. ¿La medicación fue usada continuamente o sólo en un momento agudo del problema? ¿A qué dosis?

Recursos actuales. Incluye la motivación del cliente, la ausencia de cualquier ganancia secundaria que puede fortalecer la resistencia al tratamiento, el locus de control del cliente (un sentido de responsabilidad del cliente para superar su problema), soporte de la familia inmediata (si los miembros de la familia comprenden la depresión y brindan soporte en el trabajo de recuperación del cliente).

Autorregistros

El uso de los autorregistros en la práctica clínica se constituye en una estrategia básica para la evaluación de las respuestas cognitivas, emocionales y motoras del paciente, así como para realizar el análisis funcional de los problemas de éste. Por ejemplo, se puede implementar un registro de pensamientos disfuncionales donde la persona escribe este tipo de pensamientos, el grado de creencia en ellos y las emociones que suelen acompañarlos, con una evaluación de su grado de intensidad en una escala de 0 a 100.

Este autorregistro puede extenderse una vez que el paciente ya conoce la elaboración de respuestas alternativas a los pensamientos disfuncionales. En este caso, se le pide que incluya respuestas racionales a la situación problema, y analice el resultado de éstas, esperando que así disminuya el grado de creencia en los pensamientos automáticos y alivie las emociones negativas.

El formato siguiente es un tipo de autorregistro simple, que tiene como objetivo que el paciente aprenda a relacionar las situaciones que le acontecen con sus pensamientos y sentimientos

SITUACION O EVENTO	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS

Piense en un momento donde se sintió mal o perturbado. ¿Qué fue lo que sucedió en ese momento? Escriba esta situación o evento en la columna correspondiente. ¿Cómo se sintió? Escriba esto en la columna de los sentimientos. Ahora piense mucho acerca de los pensamientos que ha tenido en ese momento. Escriba estos pensamientos en la columna del medio. Procure hacer esto en dos ocasiones separadas cuando se siente estresado o perturbado.

Figura 1. Ejemplo de un formato de autorregistro de tres columnas para identificar pensamientos

Como señalan Bas y Andrés (1992), también pueden implementarse autorregistros conductuales que tienen que ver con el registro de actividades, el registro de estado de ánimo y número de actividades o el registro de conductas asertivas. En todos estos casos, los autorregistros deben elaborarse a la me-

didada del paciente, tomando en cuenta la severidad de los síntomas actuales y su avance en el proceso de la terapia. Enseguida un ejemplo de un formato de autorregistro de actividades, donde también se incluye una columna para la observación y registro de los pensamientos automáticos relacionados.

	Actividad planificada	Nivel de agrado Anticipado (1-10)	Actividad real	Nivel real de agrado (1-10)	Pensamientos automáticos
7.00					
8.00					
9.00					
10.00					
11.00					
12.00					

Figura 2. Formato de autorregistro de actividades y pensamientos automáticos

Cuestionarios de Autorreporte

La medida de autorreporte es un método de evaluación donde la persona responde a preguntas específicas bajo la forma de un cuestionario o inventario. Típicamente, este método de evaluación se lleva a cabo utilizando un formato de lápiz y papel. Sin embargo, como ya viene siendo de uso extendido, el cuestionario también puede ser completado vía la computadora. Dependiendo del cuestionario, este método puede ser relativamente breve (alrededor de unos 10 minutos en promedio) y el cliente puede completar la medida fuera de la sesión. De hecho, algunos tratamientos empíricamente validados incluyen un auto-monitoreo periódico con cuestionarios de autorreporte (p.e., J.S. Beck, 1995).

Los métodos de autorreporte para evaluar la depresión tienen sus limitaciones. Por esta misma razón, es importante comprender el propósito que guía el uso de una medida de

autorreporte. Aun cuando habitualmente muchas son utilizadas para evaluaciones ideográficas en el campo clínico, pueden no haber sido validadas para tal propósito. Por ejemplo, las medidas de autorreporte pueden no ser suficientes como única estrategia para evaluar la ideación suicida. Por lo demás, puede resultar muy tentador utilizar el punto de corte de un inventario como el único medio para derivar un diagnóstico, una práctica que debería ser evitada.

Nezu, Nezu y Foster (2000) han delineado una guía para seleccionar las medidas de evaluación en los ambientes clínicos y de investigación. Esta propuesta está encaminada a evitar los efectos deletéreos de los errores de juicio humanos y de los sesgos en la toma de decisiones cuando no se planea cuidadosamente la selección de las estrategias de evaluación. Una máxima importante que se ha extraído de esta literatura es que aun cuando pueden existir excelentes instrumentos de evaluación para diferentes problemas clíni-

cos, éstos sólo son tan buenos como la habilidad del artista que los utiliza (Nezu & Nezu, 1989).

Enseguida se resume el proceso de toma de decisiones para la selección de las medidas de evaluación para un paciente dado. Sin embargo, hay que tener en cuenta que debido a que existen muchas estrategias de evaluación y a que las dificultades de cada paciente son únicas, no existe una receta de cocina o estrategia única que se aplique a todas las áreas problema.

1. Determinar la meta de la evaluación. Existen diferentes contextos, razones o metas: exploración, clasificación y diagnóstico, descripción de áreas y síntomas problemáticos, formulación del caso y prueba de la hipótesis clínica, plan de tratamiento, predicción de la conducta y evaluación de los resultados. Es posible también que haya múltiples metas en la evaluación. Por ejemplo, se podría dar una situación donde se requiere tanto un diagnóstico así como recomendaciones para el tratamiento. Esto implicaría la necesidad de utilizar instrumentos que clasifiquen, así como instrumentos que pueden incrementar la comprensión de las áreas problemáticas del paciente por parte del terapeuta. En este sentido, un primer y crucial paso en la selección efectiva de instrumentos de evaluación se basa en la determinación precisa de las metas de la evaluación.

2. Adoptar una estrategia de sistemas. Se ha planteado que para seleccionar las estrategias de evaluación y para identificar los problemas potenciales del paciente, es aconsejable implementar una estrategia multimétodo orientada a los sistemas. Esto porque en la mayoría de las situaciones clínicas, hay metas múltiples de evaluación, incluyendo el diagnóstico preciso, predicción, explicación

y monitoreo de los síntomas. Además de alguna de estas metas, casi inevitablemente se requiere la evaluación de sub-áreas adicionales. Habitualmente los clínicos necesitan evaluar una variedad de factores, incluyendo las experiencias emocionales, los patrones de pensamiento, las secuencias conductuales, el impacto del ambiente físico o social, los correlatos fisiológicos, las experiencias importantes del proceso de desarrollo y la información etnocultural que, dicho sea de paso, es obviada casi sin solución de continuidad.

3. Individualizar la evaluación e identificar los obstáculos. Cada paciente presenta obstáculos únicos de cara a la evaluación. Los ejemplos de obstáculos incluyen las variaciones motivacionales, dificultades del lenguaje, limitaciones emocionales, físicas o cognitivas específicas, la coexistencia de problemas físicos o la falta de responsividad. Por otro lado, a los clínicos también se les presentan obstáculos únicos. Los tiempos limitados o la falta de recursos pueden reducir el acceso al equipamiento psicofisiológico, a inventarios o cuestionarios costosos, o a pruebas de laboratorio. La poca experiencia puede reducir la familiaridad del terapeuta con problemas o desórdenes específicos. Por ejemplo, un terapeuta que se especializa en depresión puede estar menos familiarizado con el abuso de sustancias o con la conducta compulsiva; pero estos desórdenes coexisten con alguna frecuencia en el ámbito clínico.

4. Adaptar la evaluación para superar los obstáculos. El primer paso para superar los obstáculos con miras a una evaluación efectiva es la identificación de algunas áreas de dificultad que están implicadas en cada tipo de evaluación que requiere el clínico. La resolución de los potenciales problemas de evaluación implica una aproximación muy cuidadosa a la información necesaria que es re-

querida, tomando en consideración las limitaciones impuestas por factores inherentes al paciente o al terapeuta. Por ejemplo, si la experiencia etnocultural del terapeuta y del paciente es discrepante, es importante seleccionar los instrumentos utilizando un proceso de evaluación culturalmente informado (Tanaka-Matsumi, Seiden & Lam, 1996).

5. *Para cada área clínica focalizada, generar una variedad de estrategias de evaluación.* Se debe considerar diferentes formas de acceder a la información acerca de las áreas problemas focalizadas (p.e., síntomas referidos y resultados de instrumentos) para plantear una lista de posibles maneras de evaluar las áreas de interés. Por ejemplo, si un área focalizada del paciente tiene que ver con los problemas interpersonales, los métodos potenciales de evaluación podrían incluir inventarios de autoinforme, procedimientos de entrevista con el paciente, procedimientos de entrevista con personas allegadas relevantes, observación conductual y juego de rol estructurado.

6. *Para cada estrategia, generar múltiples ideas.* Cada estrategia tiene probablemente diferentes «tácticas» o instrumentos disponibles a elegir. Por ejemplo, las posibles alternativas para la estrategia de entrevistar a allegados podrían incluir entrevistas en la sesión o por teléfono, o encuestas en los miembros de la familia, amigos o compañeros de trabajo/estudios. Para incrementar las posibilidades, se pueden combinar varias tácticas que producen nuevas aproximaciones (p.e., que los miembros de la familia completen inventarios de autorreporte que evalúan varias áreas problema relacionadas a las metas de tratamiento).

7. *Llevar a cabo un análisis costo-beneficio.* Para cada submeta de evaluación y rango de

alternativas de medición, se debe sopesar los efectos potenciales del uso de cada una sobre la base de las respuestas a algunas preguntas relevantes que, por razones de espacio, no se pueden detallar en su totalidad. Algunas de estas interrogantes son: ¿Cuál es la probabilidad de que la medida provea información necesaria y produzca una información confiable, válida e integral acerca del área problema? ¿Cuál es la probabilidad de que el paciente y el terapeuta lleven a cabo óptimamente el procedimiento para obtener la información necesaria? ¿Cuál es el grado de esfuerzo y tiempo que implica para el paciente, y cuáles los beneficios de la información? ¿Es el procedimiento consistente con los valores, reglas morales y éticas del terapeuta y del paciente? ¿Cuál es el impacto emocional tanto sobre el terapeuta como sobre el cliente? ¿Cuáles son los efectos de evaluar a otra gente implicada (p.e., familiares, amigos, individuos de la comunidad)? ¿Cuáles son los efectos a corto y largo plazo de las estrategias y tácticas de evaluación seleccionadas? ¿Cuánta información única ofrece la medida?

8. *Sobre la base de una comparación de los criterios de clasificación, elegir la de más elevada “utilidad”* Diferentes autores han sugerido que las “mejores” medidas de evaluación para un problema clínico son aquellas con una elevada utilidad funcional en una situación dada (Cone, 1998). En concordancia con los criterios anteriormente señalados, el clínico puede determinar las tácticas de evaluación con una elevada funcionalidad.

9. *Implementar los procedimientos de evaluación.* Como se mencionó anteriormente, contextos situacionales específicos pueden requerir la adaptación de una medida particular. Esto puede reducir la confianza del usuario respecto a la aplicabilidad de la información psicométrica del instrumento a la

versión adaptada. Sin embargo, es un hecho que el clínico muchas veces debe interpretar los resultados de un instrumento a la luz de la naturaleza y extensión de la adaptación que se ha hecho del instrumento. Además, la información recolectada sobre un mismo problema utilizando diferentes recursos o métodos puede ayudar al clínico a plantear una validez convergente informal acerca de la información producida por el instrumento adaptado.

10. Monitorear los efectos. Algo esencial para monitorear los efectos es observar si el procedimiento de evaluación ha generado una información útil, válida y confiable respecto a un área problema local. Esto implica la comparación de los resultados esperados del plan de evaluación con los resultados reales obtenidos. Es importante subrayar que durante el curso de la terapia con frecuencia aparecen diferentes razones para evaluar. Por lo mismo, en cierto sentido, la evaluación es un proceso continuo a lo largo del curso del tratamiento. Por ejemplo, pueden emerger nuevos síntomas, o pueden darse nuevas razones para evaluar. Si los resultados predecibles de la evaluación son insatisfactorios, es importante evaluar la razón de esta discrepancia. Por ejemplo, ¿Las metas de la evaluación no fueron claras? ¿Hubo una implementación poco óptima de los procedimientos de evaluación? ¿El clínico falló en reconocer o identificar los problemas incipientes al inicio de la evaluación, como la baja motivación del paciente que impidió el completamiento de varios inventarios?

Estos obstáculos requieren de una corrección a través de diferentes estrategias, como la reformulación de la evaluación, una implementación optimizada de los procedimientos de evaluación, la selección de otras medidas que pueden ser mejor implementadas, o el tra-

bajo para mejorar la motivación del paciente para responder adecuada y comprometidamente en el proceso de evaluación.

Enseguida se hace una breve descripción de algunas medidas de autoinforme que son de uso extendido en la evaluación de la depresión, sobre todo cuando se trabaja desde el enfoque cognitivo-conductual.

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Es, tal vez, el instrumento de uso más extendido y que se ha investigado más. Tiene como propósito evaluar la severidad de los síntomas de la depresión y está indicado para personas de 13 años a más. El BDI tiene 21 ítems que fue desarrollado en congruencia con los criterios diagnósticos contenidos en el DSM-IV (BDI, segunda edición) y donde cada síntoma representa un síntoma característico de la depresión, como tristeza, culpa, pensamientos suicidas y pérdida de interés. Se ha demostrado la elevada utilidad clínica del BDI y, al parecer, la nueva versión ha mejorado la sensibilidad clínica en concordancia con los criterios del DSM-IV.

Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D). Tiene como propósito medir el nivel actual de los síntomas que acompañan a la depresión en la población general. Consta de 20 ítems donde cada uno representa un síntoma característico de la depresión, y que son evaluados en una escala de 4 puntos. La estructura de este instrumento incluye cuatro principales factores: afecto depresivo, afecto positivo, actividad somática retardada y un factor interpersonal. El CES-D fue desarrollado para ser usado en los estudios epidemiológicos de la depresión en la población general.

Inventario Breve de Síntomas (BSI). Tiene como propósito medir los síntomas psicológicos reportados por los pacientes psiquiátricos, pacientes médicos y otros que no son pacientes. Tiene 53 ítems donde cada uno de los síntomas que contiene es evaluado en una escala de 5 puntos, de 0 (nada) a 4 (extremadamente). Además de proporcionar índices respecto a la perturbación global, provee información sobre nueve dimensiones de síntomas: ansiedad, depresión, hostilidad, sensibilidad interpersonal, obsesiones-compulsiones, ideación paranoide, ansiedad fóbica, y somatización.

Escala Revisada de Depresión de Carroll (CDS-R).

Su objetivo es evaluar la severidad de los síntomas depresivos. Mediante sus 61 ítems se le pide al paciente que lea cada afirmación y que marque Sí o No de acuerdo a su pertinencia para su caso particular. Las afirmaciones cubren las siguientes áreas: depresión, culpa, suicidio, insomnio inicial, insomnio intermedio, insomnio tardío, trabajo e intereses, lentitud, agitación, ansiedad psicológica, ansiedad somática, problemas gastrointestinales, libido, pérdida de peso.

Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DAAS). Su propósito es evaluar aspectos de la depresión, ansiedad y estrés utilizando una aproximación dimensional. Consta de 42 ítems que se ubican en tres escalas: Depresión, Ansiedad y Estrés, cada una de ellas con 14 ítems que son evaluados en una escala de 4 puntos, de 0 (“No se aplica a mí para nada”) a 3 (“Se aplica mucho a mí la mayor parte del tiempo”).

Cuestionario de Depresión (DQ). Tiene como propósito la medición de la depresión clínicamente significativa, los síntomas depresivos subclínicos y la depresión asociada con otras perturbaciones. Tiene 24 ítems, donde cada uno de ellos provee una afirmación y el paciente tiene que indicar con un Sí o un No si la afirmación describe correctamente la manera en que se siente. 22 de los ítems representan la presencia de un síntoma depresivo específico; los 2 ítems restantes están estructurados para permitir la negación de la presencia de un síntoma depresivo, de manera que la respuesta “no” representa la más elevada sintomatología.

Inventario Diagnóstico Para la Depresión (DID). Tiene como propósito el diagnóstico del desorden depresivo mayor del DSM-IV, así como la severidad de los síntomas relacionados con la depresión, el perjuicio psicosocial y la satisfacción de vida. Consta de 38 ítems que caen en tres subescalas: ítems de síntomas, funcionamiento psicosocial y calidad de vida. Cada ítem está referido a un síntoma depresivo mayor específico del DSM-IV (APA, 1994) y se utiliza una escala de evaluación de 5 puntos, de 0 a 4, que representan niveles ascendentes de la severidad.

Cuestionario de Síntomas de la Depresión por Desesperanza (HDSQ). Tiene como propósito la evaluación de los síntomas relacionados al subtipo de depresión por desesperanza. Consta de 32 ítems donde cada uno consiste de cuatro afirmaciones respecto a un componente particular de la depresión por desesperanza. El paciente tiene que leer cada grupo de afirmaciones y elegir la afirmación que mejor le describe durante las 2

semanas pasadas. Los 32 ítems están implicados en ocho subescalas: déficit motivacional, dependencia interpersonal, retardo psicomotor, anergia, apatía/anhedonia, insomnio, déficit en la concentración, cavilación y suicidio.

Perfil de los Estados de Animo (POMS). Está dirigido a medir los estados de ánimo y los cambios de ánimo. Es una medida de autoinforme que contiene 65 adjetivos a través de los que se le pide al cliente que evalúe el grado en el que tal adjetivo describe la manera en que se ha estado sintiendo durante la semana pasada. Se utiliza una escala de evaluación de 5 puntos, de 0 (nada) a 4 extremadamente). Algunos adjetivos reflejan estados de ánimo negativos (p.e., tristeza), mientras que otros representan estados de ánimo positivos (p.e., relajado). El POMS puede ser calificado de acuerdo a 6 factores: tensión-ansiedad, depresión-desamparo, cólera-hostilidad, vigor-actividad, fatiga-inercia, confusión-desconcierto. La escala Depresión-Desamparo contiene 15 adjetivos y representa un estado de ánimo de depresión acompañado por un sentido de inadecuación personal.

Inventario de Tamizaje de la Depresión de Reynolds (RDSI). Tiene como finalidad la evaluación de la severidad de la sintomatología depresiva. Está compuesto de 19 ítems que reflejan síntomas específicos tal como están descritos en el DSM-IV. El formato de respuesta está en función de cada ítem individual; algunos son evaluados de 0 a 2, otros de 0 a 3, y otros más de 0 a 4. Las instrucciones le piden al paciente que elija la afirmación que describe mejor sus sentimientos o conducta, dentro de un grupo de afirmaciones, en el curso de las dos semanas pasadas.

Lista de Chequeo de Adjetivos de la Depresión Estado-Rasgo (ST-DACL). Tiene como propósito la evaluación de los sentimientos de disforia, tristeza y perturbación psicológica. Utiliza una lista de 34 adjetivos para evaluar tanto la depresión-estado como la depresión-rasgo. Para la versión Estado, al paciente se le pide que marque las palabras que describen cómo se siente “justo en este momento”. Para la forma Rasgo, se hace referencia a “hoy y generalmente”. Algunos adjetivos representan sentimientos positivos mientras que otros reflejan un ánimo negativo.

Escala de Autovaloración de la Depresión de Zung (EAD). Su propósito es evaluar los síntomas de la depresión. Contiene 20 ítems que son evaluados en una escala de 4 puntos y que proveen la mayoría de tipos de síntomas más comunes asociados con la depresión.

Escala Breve de Depresión de Rimon (RBDS). Tiene como propósito evaluar la severidad de los síntomas de la depresión. Tiene un formato de entrevista de 7 ítems y evalúa áreas como el suicidio, ánimo deprimido, pérdida de interés y varios cambios en la salud física.

Las preguntas se formulan en un orden fijo por el entrevistador y cada ítem es evaluado mediante una escala de 4 puntos que representa un nivel ascendente de los niveles de severidad (Ver apéndice 4).

Evaluación de constructos relacionados con la depresión

En el proceso de evaluación de la depresión, puede también haber un interés del terapeuta por explorar importantes constructos que se ha visto que están relacionados con la depresión. La evaluación de estos ámbitos puede ayudar a identificar potenciales mediadores de los síntomas depresivos o de otros fenómenos relacionados con la depresión (p.e., ideación suicida). Estos datos pueden resultar útiles para la conceptualización del caso, para la formulación de las metas intermedias de la terapia, la comprensión de los factores que contribuyen en el inicio o mantenimiento de los síntomas depresivos, o para identificar problemas que incrementan el riesgo de la recaída o recurrencia.

La idea anterior es especialmente relevante para la depresión puesto que cada vez más se le considera un desorden crónico, recurrente y de largo plazo. Muchos de los constructos relacionados con la depresión han sido identificados por la literatura especializada (Nezu y Nezu, 1989). Sin embargo, los costos de evaluación de cada mediador de la depresión en cada paciente podrían sobrepasar los beneficios, por lo que se aconseja utilizar los lineamientos descritos anteriormente y otros modelos de toma de decisiones para seleccionar qué constructos son más aplicables a cada caso particular.

Enseguida se describen brevemente algunos de los instrumentos que han sido empíricamente relacionados a la depresión, sea como una variable causal, un mediador o un fenómeno clínico relacionado. En términos generales estos instrumentos pueden explorar diferentes áreas: actividades y conductas (p.e., Inventario de Actividades Agradables), variables cognitivas (p.e., Cuestionario de Cogniciones Anticipatorias), afrontamiento (p.e., Inventario de Recursos de Afrontamiento), factores sociales e interpersonales (p.e., Escala de Ajuste Social), Personalidad/Autoestima (p.e., Inventario de Desorden de Personalidad Depresivo, Escala de Autonomía Sociotropía), solución de problemas (p.e., Inventario de Solución de Problemas), autocontrol y autorreforzamiento (p.e., Cuestionario de Autocontrol Para la Depresión), suicidio (p.e., Escala de Ideación Suicida de Beck. Por razones de espacio, sólo se reseñará algunas medidas cognitivas.

Cuestionario de Cogniciones Anticipatorias (ACQ). Para investigar las perturbaciones cognitivas relacionadas a la depresión que específicamente se centran en las capacidades de anticipación. Contiene 8 ítems que evalúan cogniciones anticipatorias mediante la presentación al paciente de una cognición simple y una réplica cognitiva. El cliente indica cuán bien representa la réplica cognitiva su propio pensamiento, eligiendo una de cuatro posibles alternativas de respuesta en una escala tipo Likert.

Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ). Su propósito es evaluar las explicaciones causales que la gente utiliza para los eventos positivos y negativos de vida. Los juicios causales son evaluados utilizando seis eventos positivos y seis eventos negativos. El contenido de estos eventos de vida se relaciona a la afiliación o al logro. La medida provee un análisis de la dimensión de internalidad, estabilidad y globalidad asociadas con las atribuciones que la gente usa para explicar estos eventos de vida. El ASQ fue desarrollado para medir varios componentes planteados en la Teoría Reformulada de la Indefensión Aprendida (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978).

Cuestionario Revisado de Pensamientos Automáticos (ATQ-R). Para evaluar la frecuencia de las autoafirmaciones negativas y positivas. Es una medida que contiene 40 ítems que son evaluados mediante una escala de frecuencia de 5 puntos. Este instrumento se basa en la Teoría de los Estados de la Mente que plantea un rol importante de las autoafirmaciones negativas y positivas en la depresión y en otras formas de psicopatología, y los autores revisaron el Cuestionario de Pensamientos Automáticos original e incluyeron 10 autoafirmaciones positivas, del mismo modo que las autoafirmaciones negativas originales (Ver apéndice 2).

Cuestionario de Sesgo Cognitivo (CBQ). Tiene como propósito la evaluación del grado de distorsión cognitiva asociado con la depresión. Contiene 6 escenarios breves, cada uno acompañado de 3 o 4 preguntas, dando como resultado un total de 23 preguntas. El cliente lee cada viñeta y elige la opción de respuesta que mejor representa cómo podría reaccionar frente al evento descrito en el escenario. Las opciones de respuesta dentro de cada pregunta son clasificadas como depresivas y distorsionadas, no depresivas y distorsionadas, depresivas y no distorsionadas, y no depresivas y distorsionadas.

Inventario de la Tríada Cognitiva (CTI). Tiene como objetivo la medición de la tríada cognitiva tal como es expuesta por el modelo cognitivo de la depresión de Beck. Tiene 36 ítems que representan una posible visión de uno mismo, del mundo y del futuro. El paciente indica en qué grado cada afirmación representa su propio pensamiento durante el momento de la prueba en una escala de 7 puntos, desde “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”.

Cuestionario de Error Cognitivo (CEQ). Tiene como objetivo la evaluación de la distorsión cognitiva general así como de cuatro errores cognitivos específicos: catastrofización, sobregeneralización, personalización y abstracción selectiva. Es una medida de 24 ítems donde cada uno presenta una breve viñeta que refleja un error cognitivo. El paciente debe indicar en qué medida cada cognición representa su propio pensamiento en una escala de 0 a 4. Elevados puntajes indican distorsiones cognitivas depresivas más frecuentes e intensas.

Cuestionario de Frecuencia de Autorreforzamiento (FSRQ). Para evaluar las habilidades de autocontrol que se consideran relevantes en la etiología, manteni-

miento y alivio de la depresión, así como en otras conductas con consecuencias naturales posteriores. Es una medida de autoinforme de 30 ítems, donde cada uno de ellos provee una afirmación concerniente a las creencias o actitudes de la gente. Los pacientes deben responder lo bien que cada afirmación representa sus propias actitudes en un formato de respuesta verdadero-falso. Para 15 de los ítems, las respuestas «V» representan actitudes no depresivas, y para otros 15 ítems, las respuestas “F” representan actitudes igualmente no depresivas (Ver apéndice 3).

Como se desprende de esta breve revisión, la evaluación de la depresión implica una serie de pasos interactuantes que tienen como objetivo central una adecuada conceptualización del caso y, por supuesto, la propuesta de un plan de tratamiento empíricamente sustentado. La Terapia Cognitivo-Conductual, de hecho, tiene un marcado interés por las medidas empíricamente sustentadas y que tienen un alto valor clínico.

Evaluación de las Capacidades para el Cumplimiento de las Asignaciones

Las asignaciones para la casa son un componente importante y una marca de identidad de la TCC. La evidencia empírica sugiere que las tareas para la casa puede ayudar a los pacientes a obtener logros más rápidos y más duraderos, y que el cumplimiento de éstas puede ser un importante predictor de los resultados positivos del tratamiento. De esta manera, resulta evidente que es importante explorar la motivación y las dificultades concernientes a este crucial aspecto de la intervención terapéutica. Enseguida, sobre la base del acucioso trabajo realizado por Tompkis (2003, 2004), se plantean algunos factores que pueden incidir en el incumplimiento de las asignaciones para la casa y que, por lo mismo, resultan relevantes para su evaluación.

Las creencias de los clientes acerca de su problema y del tratamiento

Varios estudios han subrayado la importancia de tomar en cuenta las expectativas culturales de los pacientes respecto a la naturaleza de sus problemas, así como lo apropiado de una estrategia de intervención. Los terapeutas que consideran los modelos explicativos de sus pacientes pueden desarrollar e implementar intervenciones que resultan relevantes a éstos, incrementando por lo tanto la probabilidad del cumplimiento del tratamiento. En otras palabras, si los pacientes no creen que una asignación tiene relación con su problema debido a que no considera su extracción sociocultural específica, existe la probabilidad de que no la cumpla.

Es conveniente que el terapeuta haga un muestreo de las creencias y cogniciones del paciente acerca de sus problemas, acerca de la terapia en general y acerca de las asignaciones para la casa en particular. El terapeuta puede preguntar directamente, “¿Por qué busca ayuda para sus problemas ahora?” “¿Qué cree que va a suceder en la terapia?” “¿Qué cree que le ayudaría más o le ayudaría menos?” “¿Cuál cree que es mi rol y su rol en la terapia?”

Las respuestas a estas preguntas pueden proporcionar hipótesis acerca de la probabilidad y forma peculiar del cumplimiento o incumplimiento de las asignaciones para la casa. ¿Le falta al paciente información precisa acerca del tratamiento y en qué consiste? ¿El paciente se ha visto forzado por alguien para acudir a terapia? ¿El paciente siente temor del terapeuta o de algún aspecto del tratamiento?

La habilidad del paciente y nivel de conocimiento

En algunas oportunidades, los terapeutas pueden descubrir que al paciente le faltan las habilidades y conocimientos necesarios para llevar a cabo la asignación de una manera efectiva. A muchos pacientes les puede faltar las habilidades que el terapeuta asume que las poseen, incluyendo la capacidad para identificar, priorizar y solucionar los problemas cotidianos; para el manejo efectivo de su tiempo; para ser apropiadamente asertivo; para comunicarse clara y efectivamente; para interactuar apropiadamente con otros, y para anticipar y sortear las dificultades sociales e interpersonales. Es una buena idea que el terapeuta anote no sólo las limitaciones en el repertorio del paciente sino también la flexibilidad con la que aplican ciertas habilidades a ciertos problemas en ciertas situaciones.

Tal vez el mejor indicativo de que los pacientes poseen las habilidades necesarias para una asignación específica exitosa es ver si utilizan (o han utilizado) las habilidades requeridas en su vida diaria. Por ejemplo, indagar si alguien que está teniendo dificultades para hacer sus reportes de trabajo por escrito ha tenido momentos en los que sí ha utilizado esta habilidad con bastante frecuencia. Si es así, existe la seguridad de que la persona posee esta habilidad y puede completar las asignaciones destinadas a incrementar sus reportes.

El terapeuta puede evaluar los niveles de habilidad del paciente pidiéndole que intente hacer una asignación en la sesión mientras el terapeuta lo observa. Se puede utilizar el juego de roles para este propósito. El desempeño del paciente en su ambiente natural tam-

bién puede proveerle al terapeuta una información útil y precisa acerca del repertorio y nivel de habilidad del paciente.

Factores ambientales

No en raras oportunidades, el fracaso de un paciente para completar una asignación refleja un ambiente que no refuerza el cambio y que más bien es punitivo. Una persona deprimida probablemente no intentará más actividades agradables si su pareja la reprende cuando llama a una amistad para charlar o cuando le pide acompañarla al cine. Los pacientes que han estado deprimidos por muchos años pueden vivir en ambientes que son deficitarios de reforzamiento positivo por intentar algo nuevo o por trabajar en algo hasta que esté concluido.

El terapeuta puede comenzar formulando una pregunta general, como “¿Puede pensar en algo que podría interferir con el progreso que le gustaría hacer en su terapia?” Otras preguntas que pueden ser útiles son, “¿En la actualidad quién lo apoya más y lo apoya menos en la terapia?” “¿A quién podría llamar para pedir ayuda si tuviéramos un problema?” “¿Qué ha hecho en el pasado para solucionar su problema y qué es lo que ha pasado?”

La historia de incumplimiento del paciente.

Los pacientes que muestran resistencia frente a las asignaciones para la casa o que trabajan a medias las tareas asignadas con frecuencia tienen historias que reflejan dificultades duraderas para completar otras asignaciones o actividades que han acordado completar. Los pacientes con un patrón de incumplimiento de las asignaciones pueden reportar problemas similares con las tareas relacionadas al rol de estudiantes. Pueden haber obtenido pobres ca-

lificaciones por no completar sus tareas o por entregarlas fuera de límite. Estos pacientes también pueden reportar que han tenido problemas para seguir las recomendaciones de sus médicos o terapeutas anteriores, y pueden referir que han recibido prescripciones médicas pero rara vez las han cumplido o no fueron capaces de asistir a sus citas de terapia aun cuando deseaban hacerlo.

Al indagar esta área, el terapeuta debe mostrarse respetuoso pero el mismo tiempo ser lo suficientemente directo. El terapeuta puede preguntar, “¿Habitualmente cómo responde a la gente que le ofrece su consejo o le sugiere que cambie algo que está haciendo?” o “¿Las tareas fueron un problema para usted en el colegio?”

La función del incumplimiento de las asignaciones

Las creencias maladaptativas del paciente parecen ser el punto de inicio para explicar mucho del incumplimiento de las asignaciones. Por ejemplo, algunos pacientes no intentan hacer sus asignaciones porque creen que son “fundamentalmente incompetentes”. Tienen temor de que si lo intentan y fallan, el terapeuta u otros lo van a reprender o criticar. Los pacientes perfeccionistas habitualmente tienen expectativas irrealistas con relación a cómo debe hacerse una asignación, a postergar el inicio de una tarea hasta el último minuto, o a abandonarlo prematuramente debido a que ven la tarea como “imposible”. Estos pacientes habitualmente tienen creencias como “Si no lo hago perfectamente, soy un fracaso”, o “La gente es crítica y muestra rechazo”.

Otros pacientes tienen miedo al control o a la pérdida de su autonomía, o sufren de una inestabilidad emocional o afectiva y de una

disregulación emocional. Los terapeutas que tratan a estos pacientes creen que están pisando un terreno endeble, y pueden dejar de asignar las tareas o dejar de revisarlas por miedo a la reacción de los clientes.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

La conceptualización cognitivo-conductual del caso juega un rol esencial en la TCC. La conceptualización del caso se refiere al proceso de desarrollar una comprensión explícita y parsimoniosa del paciente y de sus problemas que guíe de una manera efectiva el tratamiento. Cuando se desarrolla una conceptualización inicial del caso, el terapeuta integra todos los datos obtenidos en el proce

so de evaluación en el marco del modelo cognitivo-conductual contemporáneo. Los terapeutas cognitivo-conductuales modifican y refinan sus conceptualizaciones como resultado de los nuevos datos que emergen a partir de la continua evaluación y de las respuestas de los pacientes a las intervenciones. La conceptualización del caso, dentro de la cual se incluye el proceso del análisis funcional de las conductas, se puede considerar como un modelo de trabajo consistente de varias hipótesis interrelacionadas y factibles de comprobación (Beck et al., 1990).

La siguiente tabla provee una perspectiva respecto a los componentes centrales de una conceptualización del caso, desde el modelo de la terapia cognitivo-conductual.

Tabla 1. Conceptualización del caso: definición, propiedades y elementos clave
Fuente: Bieling & Kuyken (2003)

Definición	Propiedades	Elementos
Un mapa provisional de los problemas que presenta una persona, que describe el territorio de los problemas (análisis topográfico) y explica los procesos que causan y mantienen los problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Describe y explica los problemas presentes en términos que pueden ser operacionalizados (cognición, afecto y conducta) • Es confiable y válido • Provee una guía para la intervención • Es un proceso activo y continuo, sensible a los nuevos datos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de los problemas manifiestos presentes (en términos claros, específicos y mensurables) • Historia del desarrollo • Factores causales (distales y proximales) • Factores de mantenimiento • Guías para la intervención

Aun cuando la minuciosa descripción de la conceptualización cognitivo-conductual de la depresión (para un caso dado) escapa a los alcances de esta presentación, se debe señalar que su principal propósito es ayudar al terapeuta a seleccionar intervenciones efecti-

vas. La evidencia sugiere que las intervenciones congruentes con las características particulares del caso de un paciente pueden incrementar el éxito terapéutico (para tener una aproximación a la conceptualización cognitiva de la depresión, ver apéndice 5).

PRINCIPALES MODELOS DE TRATAMIENTO PARA LA DEPRESIÓN

De acuerdo a Nezu et al. (2000) la depresión continúa siendo considerada el “resfriado común” de los trastornos psiquiátricos y representa uno de los más significativos problemas de salud mental que encara el mundo entero. A pesar de su ubicuidad, la depresión ha sido difícil de definir y con frecuencia significa cosas diferentes para gente diferente. Sin embargo, durante las anteriores décadas han surgido múltiples modelos para explicar la etiopatogénesis de la depresión, muchos de los cuales también han propiciado estrategias efectivas de tratamiento. En este contexto, se tiene a disposición una variedad de intervenciones psicosociales eficaces. Sin embargo, aun cuando contar con un arsenal de opciones efectivas es clínicamente ventajoso, el terapeuta promedio puede experimentar dificultades para estar a la par con este vertiginoso avance en la investigación y la tecnología. Enseguida, una breve descripción de los principales modelos cognitivo-conductuales para el abordaje de la depresión.

Modelo Conductual de Lewinsohn

Lewinsohn y sus colegas conceptualizan la depresión dentro del marco de la teoría del aprendizaje y de las primeras formulaciones conductuales que enfatizan la reducida frecuencia de actividad general como la principal característica definitoria de la depresión. Los planteamientos que definen el enfoque de Lewinsohn son (a) que la depresión es una función del grado en el cual el nivel de actividad de una persona es mantenido por reforzamiento positivo, y (b) que los déficit en varias habilidades sociales juegan un rol influyente en la determinación de la tasa de tal reforzamiento para la conducta de una perso-

na. La investigación indica, por ejemplo, que las personas deprimidas exhiben menos conductas interpersonales que las personas no deprimidas y que suscitan un reforzamiento social mínimo por parte de los otros (Lewinsohn, 1974; Gotlib & Robinson, 1982).

Sobre la base de estas formulaciones, Lewinsohn y sus colegas desarrollaron un programa breve de 12 sesiones conductualmente orientado con el objetivo de cambiar la cualidad y cantidad de las interacciones depresivas de los pacientes con su ambiente. A los pacientes se les enseña habilidades de relajación, manejo cognitivo, habilidades de manejo del estrés y se les proporciona feedback como un medio para reducir la intensidad y frecuencia de los eventos aversivos y para incrementar la tasa de ocupación en actividades placenteras. Una más reciente revisión de esta aproximación, amplía el entrenamiento en habilidades incluyendo cuatro áreas generales: entrenamiento en relajación, incremento de las actividades agradables, reestructuración cognitiva, y optimización de las interacciones sociales (Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge & Teri, 1987).

Entrenamiento en Habilidades Sociales

Varios autores han desarrollado programas de tratamiento destinados a mejorar las habilidades sociales de las personas deprimidas con el fin de disminuir su estrés emocional (Becker, Heimberg & Bellack, 1987; Hersen, Bellack, Himmelhoch & Thase, 1984). En estos programas de tratamiento, el supuesto mecanismo de acción está centrado en la capacidad de la persona para realizar aquellas actividades que le facilitarían la cantidad y calidad de interacciones sociales para finalmente incrementar la cantidad de refuerzo positivo contingente a la respuesta.

En concordancia con la presunción de que la depresión es una resultante de habilidades sociales y de afrontamiento inefectivos, se ha desarrollado un programa de 10 semanas que incluye entrenamiento en estas áreas (comunicación, productividad conductual, interacción social, asertividad, toma de decisiones, solución de problemas, autocontrol cognitivo) como un medio para desarrollar conductas pro-sociales y prevención de recaídas.

Terapia de Autocontrol de Rehm

El modelo planteado por Rehm estuvo inicialmente basado en los planteamientos de Kanfer acerca del autocontrol general, los mismos que ponen un fuerte énfasis en la capacidad de una persona para el logro de metas a través de tres procesos secuenciales: automonitoreo, autoevaluación y autorreforzamiento. Rehm plantea que las personas deprimidas demuestran déficit en cada uno de estos procesos de autocontrol.

La terapia de autocontrol—similar a otros protocolos conductualmente orientados—es estructurado y de tiempo limitado. Además, se centra en el entrenamiento de las tres principales áreas deficitarias señaladas anteriormente. Descrito de una manera bastante general, el proceso implica (a) llevar a cabo un registro diario de las experiencias positivas y su estado de ánimo asociado, (b) desarrollar metas específicas, observables y posibles de lograr concernientes a las actividades positivas, y (c) identificar reforzadores y auto-administrárselos por el logro exitoso de una meta. Desde esta óptica, se han introducido estrategias que aseguran la consecución inicial de las metas mediante una técnica denominada práctica positivamente predispuesta (PPP) que, de hecho, tiene un valioso impacto en la expectativa de autoeficacia de la persona.

Terapia de Solución de Problemas de Nezu

El modelo de solución de problemas de la depresión se centra en la vulnerabilidad depresogénica causada por un déficit general en la capacidad para resolver problemas al afrontar eventos estresantes menores y mayores. A partir del modelo transaccional de solución de problemas del estrés (Nezu & D'Zurilla, 1989), se ha concebido que la etiopatogenia de la depresión yace en las relaciones recíprocas entre los problemas diarios, los eventos de vida estresantes, los estados emocionales inmediatos y el estilo de afrontamiento (Nezu & Perry, 1989). Los déficit o disfunciones en la solución de problemas pueden existir en cualquiera de los principales dominios de las habilidades: orientación al problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones, y la implementación y verificación de la solución.

Un modelo relacionado de tratamiento, la Terapia de Solución de Problemas, plantea cuatro metas específicas: (a) ayudar a las personas deprimidas a identificar situaciones de vida previas y actuales que son antecedentes de un episodio depresivo, (b) minimizar el grado en el cual sus síntomas depresivos tienen un impacto negativo sobre sus intentos de afrontamiento actuales y futuros, (c) incrementar la efectividad de sus esfuerzos de solución de problemas al afrontar los problemas actuales, y (d) enseñar habilidades generales que capacitan para tratar más efectivamente los problemas futuros con el fin de prevenir futuros episodios depresivos.

Terapia Conductual Marital para la Depresión

Varios investigadores han planteado una fuerte relación entre depresión y conflicto

marital. Se ha encontrado que tanto los pacientes unipolares como bipolares reportan un gran conflicto en sus matrimonios en comparación con muestras de control no deprimidas. En una muestra de parejas donde la esposa cumplía criterios diagnósticos para una depresión clínica, tanto los esposos como las esposas reportaron una gran insatisfacción marital en comparación a un grupo de control de parejas no deprimidas (Gotlib & Whiffen, 1989).

Sobre la base de estos hallazgos, se ha planteado la efectividad de la Terapia Conductual marital (BMT) como un tratamiento para la depresión. Se ha demostrado que la BMT es tan efectiva como la terapia cognitiva individual para reducir la depresión, pero sólo la BMT tuvo un impacto significativo en el ajuste marital (O'Leary & Beach, 1990).

Terapia Cognitiva de Beck

Se trata probablemente del modelo de terapia cognitiva más prominente e integra tres elementos claves: (a) tríada cognitiva negativa, (b) esquemas negativos, y (c) distorsiones cognitivas. La tríada cognitiva consiste de tres patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a las personas deprimidas y que incluye una perspectiva negativa del yo, del mundo y del futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Los esquemas son patrones de pensamiento estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de sus experiencias del pasado. Sirven para organizar a partir de las experiencias pasadas la información relevante a la situación actual y para determinar la manera en la que la información es percibida, memorizada y posteriormente recordada. Las personas predispuestas

a la depresión tienden a responder frente a su medio ambiente de una manera rígida, negativa, con distorsiones específicas que son responsables del curso de la depresión. Los errores cognitivos incluyen la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación/minimización, personalización, el pensamiento dicotómico, y otros más.

El objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. Desde el modelo cognitivo, esto se consigue, ayudando a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que producen emociones y conductas contraproducentes. La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica. Con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales. La prevención de recaídas se considera desde los primeros momentos de la terapia. También se prepara al paciente para que espere fluctuaciones en sus síntomas y para que no se desanime por ello. Una vez superados los síntomas depresivos, se tratarán los esquemas básicos que predisponen a la depresión, para prevenir depresiones futuras.

La importancia de la Terapia Cognitiva de Beck es tal que ha motivado una serie de reuniones científicas para analizar los aspectos más relevantes de sus principales planteamientos. En noviembre del 2001, la AABT organizó un día completo de conferencias en Filadelfia—la meca de la terapia cognitiva—con el fin de discutir los valiosos aportes de Aaron Beck. Estuvieron presentes entre otros, Christine Padeski, Zinder Segal, John Riskind, David A. Clark, James Pretzer, Norman Epstein, Steve Hollín, Dianne Chambless, Judith Beck, Jeffrey Young, Arthur Freeman, y otras figuras rutilantes de la terapia cognitiva contemporánea. Fruto del aporte de tan

connotados participantes es el libro *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice*, editado por Robert Leahy en el 2004.

Como muy bien lo remarcan Scher, Segal & Ingram (2004) en uno de los capítulos del texto antes señalado, Beck entendió antes que todos que la vulnerabilidad para la depresión era una clave para comprender los más importantes procesos en el trastorno. Aaron Beck ha inspirado virtualmente todos los modelos cognitivos de la depresión en existencia, ha moldeado la perspectiva de varias generaciones de investigadores de la depresión, tal como ha sucedido con Jeffrey Young cuyo modelo de tratamiento se delinea a continuación.

Terapia Centrada en Los Esquemas

Originalmente propuesta para el tratamiento de los trastornos de personalidad, ha sido ampliada para su aplicación en los casos de problemas de depresión, ansiedad o conflictos de pareja severos y crónicos. La Terapia centrada en los Esquemas (Young, 2003) es un modelo innovativo e integrador que, de acuerdo a su propio mentor, se expande significativamente sobre los tradicionales tratamientos y conceptos cognitivo-conductuales.

El modelo combina técnicas cognitivas, conductuales, interpersonales y experienciales para evaluar y modificar los Esquemas Maladaptativos Tempranos (EMS), y enfatiza los orígenes de éstos en la infancia así como los procesos del desarrollo implicados en la génesis y mantenimiento de estos esquemas. El modelo de Young incorpora, además, los conceptos de Estilos de Afrontamiento Maladaptativos y los Modos de Afrontamiento.

La terapia centrada en los esquemas plantea diferentes tipos de estrategias de intervención:

- (a) técnicas conductuales que fundamentalmente están dirigidas a modificar los estilos de afrontamiento maladaptativos mediante el uso de estrategias de exposición, pruebas conductuales, etc.,
- (b) técnicas cognitivas,
- (c) técnicas experienciales que buscan relacionar, a través de la imaginería, las emociones perturbadoras actuales con los eventos traumáticos de la temprana eficiencia, y
- (d) técnicas derivadas de la relación terapéutica que se centran la reparentalización limitada y en la confrontación empática (Young, 2003; Manrique, Aguado y Silberman, 2004).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV; 4th ed.). Washington, DC: Autor
- Bas, F. y Andrés, V. (1992). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: UNEA-Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial DDB.
- Beck, A.T. Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press
- Becker, R.E., Heinberg, R.G. & Bellack, A.S. (1987). *Social skills training treatment for depression*. New York: Pergamon Press.
- Bieling, P.J. & Kuyken, W. (2003). Is Cognitive Case Formulation Science or Science Fiction? *Clin. Psychol.* 10: 52-69
- Cone, J.D. (1998). Assessment practice standards. In S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes & K.E. Grady (Eds.), *Scientific standards of practice: Issues and recommendations*. Reno, NV: Context.
- Gotlib, I.H. & Whiffen, V.E. (1989). Stress, coping, and marital satisfaction in couples with a depressed wife. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 401-418.
- Gotlib, I.H. & Robinson, L.A. (1982). Responses to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer-rated behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 231-240.
- Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M. & Thase, M.E. (1984). Effects of social skills training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
- Instituto Especializado de Salud Mental (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (2002). Informe general. *Anales de Salud Mental* Vol. XVIII. Número 1 y 2.
- Jamison, K.R. (1999). *Night Falls Fast: Understanding suicide*. New Cork: Alfred Knopf.
- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioural approach to depression. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M., Antonuccio, D.O., Breckenridge, J. & Teri, L. (1987). *The Coping with Depression Course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OK: Castaglia.
- Manrique, E., Aguado, H. y Silberman, R. (2005). La Terapia Centrada en los Esquemas: Modelo Conceptual y Estrategias de Tratamiento. *Boletín de PROMOTEC*, Vol. V, 1, 1-15.
- Nezu, A.M. & Nezu, C.M. (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, IL: Research Press.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M. & Foster, S.L. (2000). A 10-step guide to selecting assessment measures in clinical assessment settings. In A.M. Nezu, G.F. Roman, E.A. Meadows & K.S. McClure (Eds.), *Practitioner's Guide to Empirically Based Measures of Depression*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Nezu, A.M. & D'Zurilla, T.J. (1989). Social problem solving and negative affective states. In P.C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. New York: Academic Press.
- Nezu, A.M. & Perry, M.G. (1989). Problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
- O'Leary, K.D. & Beach, S.R.H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183-186.
- Persons, J. B. & Tompkins, M. A. (1997). Cognitive behavioral case formulation. In T. Eels (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 314–339). New York: Guilford Press.
- Scher, C.D., Segal, Z.V. & Ingram, R.E. (2004). Beck's Theory of Depression. In R.L. Leahy (Ed.). *Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice*. New York: Guilford Press.
- Tanaka-Matsumi, J., Seyden, D.I., & Lam, K.N. (1996). The culturally-Informed Functional Assessment (CIFA) interview: A strategy for cross-cultural behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 215-234.
- Tompkins, M.A. (2003). Effective homework. In R.L. Leahy (Ed.). *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy. Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford Press.
- Young, J.E. (2003). *SchemaTherapy. A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.

APÉNDICE 1

LISTA DE CHEQUEO DE LA DEPRESION

I. Funcionamiento Biológico	Puntaje
A. Problemas del sueño	
1. No hay problemas en el sueño	0
2. Ocasionales problemas en el sueño	1
3. Frecuentes despertares durante la noche o despertar temprano en la madrugada:	
a. 1-3 veces durante la semana pasada	2
b. 4 o más veces durante la semana pasada	3
B. Problemas en el Apetito	
1. No hay cambios en el apetito	0
2. Algunos cambios en el apetito (aumenta o baja) pero no hay ganancia o pérdida de peso	1
3. Significativo cambio en el peso (aumenta o baja) con una ganancia o pérdida de peso (2 kilos más o menos durante el mes pasado)	2
C. Fatiga	
1. Poca o ninguna fatiga observada durante el día	0
2. Fatigado o exhausto durante el día:	
a. Ocasionalmente	1
b. 1-3 días durante la semana pasada	2
c. 4 o más días durante la semana pasada	3
D. Impulso Sexual	
1. Ningún cambio en el impulso sexual	0
2. Disminución en el impulso sexual:	
a. Ligero	1
b. Moderado	2
c. Ningún impulso sexual	3
E. Anhedonia	
1. A pesar de los momentos de tristeza, soy capaz de tener momentos de disfrute o de placer	0
2. Capacidad disminuida para disfrutar de la vida:	
a. Ligera	1
b. Moderada	2
c. No disfruto en absoluto o sensación de no «estar vivo»	3
PUNTAJE TOTAL: FUNCIONAMIENTO BIOLOGICO	()

II. Síntomas Psicológicos/Emocionales

A. Tristeza y Desesperanza	
1. Ninguna tristeza pronunciada	0
2. Ocasional tristeza	1
3. Momentos de intensa tristeza	2
4. Intensa tristeza casi cada día	3

B. Autoestima

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---|
| 1. Me siento confiado y bien conmigo mismo | 0 |
| 2. Algunas veces dudo de mí | 1 |
| 3. Con frecuencia me siento inadecuado, inferior o falta de confianza | 2 |
| 4. Me siento completamente inútil la mayor parte del tiempo | 3 |

C. Apatía y Motivación

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. Me es fácil sentirme motivado y entusiasta con las cosas | 0 |
| 2. Ocasionalmente encuentro difícil «llegar a comenzar» un proyecto, trabajo, etc. | 1 |
| 3. Con frecuencia me siento desmotivado o apático | 2 |
| 4. Me es casi imposible «llegar a comenzar» un proyecto, trabajo, etc. | 3 |

D. Pensamiento Negativo/Pesimismo

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. Pienso de maneras relativamente positivas acerca de mi vida y mi futuro | 0 |
| 2. Ocasionalmente me siento pesimista | 1 |
| 3. Con frecuencia me siento pesimista | 2 |
| 4. El mundo me parece extremadamente negativo: el futuro me parece sin esperanza | 3 |

E. Control Emocional

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. Cuando experimento sentimientos desagradables estas emociones pueden herirme, pero no me hacen sentir totalmente abrumado | 1 |
| 2. Ocasionalmente me siento abrumado por mis emociones internas | 2 |
| 3. Con frecuencia me siento extremadamente abrumado por mis sentimientos o me siento absolutamente carente de sentimientos | 3 |

F. Irritabilidad y Frustración

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. No he experimentado irritabilidad o frustración indebida | 0 |
| 2. Ocasionalmente me siento bastante irritado o frustrado | 1 |
| 3. Con frecuencia me siento bastante irritable y me llevo a frustrar fácilmente: | |
| a. 1-3 días durante la semana pasada | 2 |
| b. 4 o más días durante la semana pasada | 3 |

PUNTAJE TOTAL: SINTOMAS PSICOLOGICOS/EMOCIONALES ()

Interpretación de los Resultados:

Se puede computar una puntuación total para el «funcionamiento biológico» y para los “síntomas psicológicos/emocionales”. Para computar la puntuación, sume las respuestas en cada síntoma, escribiendo el puntaje total en el espacio entre paréntesis () al pie de cada sección.

Funcionamiento Biológico: Las respuestas de 2 o 3 en cualquiera de los ítems A-E pueden sugerir que el funcionamiento biológico está afectado por la depresión y que el tratamiento con medicación antidepresiva puede ser indicado (especialmente si algunas puntuaciones de 3 están presentes). Si este es el caso, será importante la consulta con un psiquiatra respecto al tratamiento médico. Si todas las puntuaciones están entre 0 y 1, probablemente la medicación antidepresiva no está indicada.

Interpretación del Puntaje Total: 0-5 Ligera, 6-10 Moderada, 11-15 Severa Depresión Biológica.

Síntomas Emocionales/Psicológicos: Respuestas de 2 o 3 sugieren una depresión psicológica.

Interpretación de la Puntuación Total: 0-5 Ligera, 6-10 Moderada, 11-18 Severos Síntomas Psicológicos.

Elevadas puntuaciones en ambas secciones indican un tipo de depresión mixto. Estas reacciones depresivas pueden beneficiarse con la medicación.

FUENTE: Preston, J. (2004). *You can beat depression. A guide to prevention & recovery.*

San Luis Obispo, California: Impact Publishers Inc.

APÉNDICE 2

CUESTIONARIO REVISADO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS

En la parte inferior hay una lista de una variedad de pensamientos que pueden atravesar la cabeza de la gente. Por favor lea cada pensamiento e indique con qué frecuencia ha ocurrido el pensamiento durante la semana pasada. Lea cuidadosamente cada ítem y encierre con un círculo la respuesta apropiada de la siguiente forma: 0= "Nunca", 1="a veces", 2= "con moderada frecuencia", 3= "con frecuencia", y 4= "todo el tiempo".

Respuestas**Pensamientos**

- | | |
|-----------|----------------------------------------------------|
| 0 1 2 3 4 | 1. Me siento como si el mundo estuviese contra mí. |
| 0 1 2 3 4 | 2. No valgo para nada. |
| 0 1 2 3 4 | 3. Me siento orgulloso de mi mismo. |
| 0 1 2 3 4 | 4. ¿Por qué nunca tengo éxito? |

Recuerde, cada afirmación que lee es un pensamiento que puede haber tenido con frecuencia, menos frecuentemente o nunca. Díganos con qué frecuencia ha tenido cada uno de los pensamientos la semana pasada.

- | | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------|
| 0 1 2 3 4 | 5. Nadie me comprende |
| 0 1 2 3 4 | 6. He decepcionado a la gente. |
| 0 1 2 3 4 | 7. Me siento excelente. |
| 0 1 2 3 4 | 8. Pienso que no puedo seguir adelante |
| 0 1 2 3 4 | 9. Me gustaría ser una mejor persona. |
| 0 1 2 3 4 | 10. Sin importar lo que suceda, sé que voy a hacerlo. |
| 0 1 2 3 4 | 11. Soy demasiado débil. |
| 0 1 2 3 4 | 12. Mi vida no va de la forma que quisiera. |
| 0 1 2 3 4 | 13. Puedo lograr cualquier cosa. |
| 0 1 2 3 4 | 14. Estoy muy desilusionado conmigo mismo. |
| 0 1 2 3 4 | 15. Nada me hace sentirme bien. |
| 0 1 2 3 4 | 16. Me siento bien. |
| 0 1 2 3 4 | 17. No puedo soportar más esto. |
| 0 1 2 3 4 | 18. No puedo empezar nada. |
| 0 1 2 3 4 | 19. ¿Qué hay de malo en mí? |
| 0 1 2 3 4 | 20. Soy cálido y adecuado. |
| 0 1 2 3 4 | 21. Me gustaría estar en otro lugar. |
| 0 1 2 3 4 | 22. No puedo hacer las cosas hasta completarlas. |
| 0 1 2 3 4 | 23. Me odio a mí mismo. |
| 0 1 2 3 4 | 24. Me siento confiado en que puedo hacer cualquier cosa que se me presente. |

Recuerde, cada afirmación que lee es un pensamiento que puede haber tenido con frecuencia, menos frecuentemente o nunca. Díganos con qué frecuencia ha tenido estos pensamientos durante la semana pasada.

- | | |
|-----------|----------------------------------------------------|
| 0 1 2 3 4 | 25. No valgo nada. |
| 0 1 2 3 4 | 26. Me gustaría desaparecer. |
| 0 1 2 3 4 | 27. ¿Qué es lo que pasa conmigo? |
| 0 1 2 3 4 | 28. Me siento muy feliz. |
| 0 1 2 3 4 | 29. Soy un perdedor. |
| 0 1 2 3 4 | 30. Mi vida es un desastre. |
| 0 1 2 3 4 | 31. Soy un fracaso. |
| 0 1 2 3 4 | 32. ¡Esto es maravilloso! |
| 0 1 2 3 4 | 33. Nunca lo conseguiré. |
| 0 1 2 3 4 | 34. Me siento tan desamparado. |
| 0 1 2 3 4 | 35. Algo tiene que cambiar |
| 0 1 2 3 4 | 36. Debe haber algo que falla en mí. |
| 0 1 2 3 4 | 37. Soy más afortunado que la mayoría de la gente. |
| 0 1 2 3 4 | 38. Mi futuro es desolador. |
| 0 1 2 3 4 | 39. Simplemente no vale la pena. |
| 0 1 2 3 4 | 40. No puedo terminar nada. |

APÉNDICE 3

CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE AUTORREFORZAMIENTO

Debajo hay un número de afirmaciones concernientes a creencias o actitudes que la gente tiene. Indique si las afirmaciones son características y descriptivas de usted, marcando con un aspa (X) el espacio correspondiente a V si la afirmación es algo o muy verdadera para usted. Ponga su aspa (X) en el espacio correspondiente a F si la afirmación es algo o muy falsa para usted. Por favor sea tan honesto como sea posible. Sus respuestas son completamente confidenciales.

AFIRMACIONES	V	F
1. Cuando fallo en algo, generalmente aun soy capaz de sentirme bien conmigo mismo		
2. No puedo mantenerme en una tarea pesada que requiere mucho tiempo sin alguien que me aliente		
3. Con frecuencia no tengo pensamientos positivos respecto a mi mismo		
4. Cuando hago algo correctamente, me tomo el tiempo para disfrutar de este sentimiento		
5. Tengo estándares tan elevados de demanda respecto a mi mismo que raramente alcanzo a cumplirlos		
6. Me parece que me culpo cuando las cosas van mal y soy muy crítico conmigo mismo		
7. Hay actividades agradables de las que disfruto a solas en mi tiempo libre		
8. Usualmente me llevo a perturbar cuando cometo errores porque raramente aprendo de éstos		
9. Mis sentimientos de autoconfianza y de autoestima fluctúan grandemente		
10. Cuando tengo éxito en pequeñas cosas, me siento alentado para continuar.		
11. A menos que haga algo de una manera absolutamente perfecta, lo aceptable me proporciona poca satisfacción.		
12. Logro completar las cosas difíciles principalmente porque planifico cosas agradables para después		
13. Cuando cometo errores, me tomo un tiempo para criticarme		
14. Me doy aliento para mejorar y sentirme bien o me proporciono algo especial siempre que logro algún progreso.		
15. Si no me criticara frecuentemente, continuaría haciendo las cosas desastrosamente por siempre		
16. Pienso que hablar acerca de los que has hecho adecuadamente es ser demasiado jactancioso		
17. Me siento mejor y hago las cosas mejor cuando me elogio silenciosamente aun por pequeños logros		
18. Puedo mantenerme intentando hacer algo cuando dejo de pensar en lo que ya he logrado		
19. La manera en que mantengo en alto mi confianza es mediante el reconocimiento de cualquier éxito que tenga.		
20. La manera en que logro mis metas es recompensándome por cada paso que doy a lo largo del camino		
21. Elogiarse a sí mismo es algo egoísta y presuntuoso		
22. Cuando alguien me critica, mi auto-confianza se hace añicos		
23. Me critico a mí mismo más frecuentemente de lo que otros me critican		
24. Tengo muchas cualidades valiosas		
25. Me elogio silenciosamente aun cuando otros no lo hagan		
26. Cualquier actividad puede proporcionar alguna satisfacción sin importar el resultado		
27. Si no hago el mejor trabajo posible, pienso que soy menos		
28. Debería sentirme perturbado si cometo un error		
29. Mi felicidad depende más de mí mismo que de lo que haga otra gente		
30. La gente que habla acerca de sus propios logros sólo está jactándose		

APÉNDICE 4

ESCALA BREVE DE DEPRESION DE RIMON

(Tome nota que esta prueba es llevada a cabo mediante la entrevista al paciente, no aplicándola como una medida de autorreporte).

1. ¿Se ha dado cuenta de una disminución reciente de su interés en su trabajo y/o hobbies?

- 0 = no
- 1 = un poco
- 2 = Moderado
- 3 = Severo

2. ¿Su capacidad para tomar decisiones y/o concentrarse se ha visto perjudicada últimamente?

- 0 = no
- 1 = un poco
- 2 = Moderadamente
- 3 = Severamente

3. ¿Recientemente ha observado algunos cambios en su apetito y/o en su bienestar físico general (por ejemplo, cansancio o dolor anormal), o ha experimentado dolores inusuales y/o interés sexual disminuido?

- 0 = no
- 1 = un poco
- 2 = Moderado
- 3 = Severo

4. ¿Recientemente ha observado algún cambio en su apariencia general?

- 0 = no
- 1 = un poco
- 2 = Moderado
- 3 = Severo

5. ¿Recientemente ha consumido más alcohol de lo usual, y/o tomado drogas que le han afectado sus nervios, por ejemplo analgésicos, somníferos, o drogas para disminuir la ansiedad?

- 0 = no
- 1 = un poco
- 2 = Moderadamente
- 3 = Severamente

6. ¿Recientemente se ha culpado por sus pensamientos o reacciones, o tenido pensamientos de no querer vivir?

- 0 = no
- 1 = un poco
- 2 = Moderado
- 3 = Severo

7. ¿Recientemente ha estado inusualmente irritable, tenso, sensible o ha tenido accesos de llanto?

- 0 = no
- 1 = un poco
- 2 = Moderado
- 3 = Severo

APÉNDICE 5
COMPONENTES DE LA CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVA DEL CASO

Nombre:

Lista de Problemas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Diagnóstico:

Eje I : _____
Eje II : _____
Eje III : _____
Eje IV : _____
Eje V : _____

Hipótesis de trabajo:

Esquemas:

Yo: _____ Otros: _____
Mundo: _____ Futuro: _____

Situaciones Precipitantes/Activadoras:

Orígenes:

Resumen de las hipótesis de trabajo:

Fortalezas y cualidades:

Plan de tratamiento:

Metas (medidas):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Modalidad: _____

Intervenciones: _____

Terapias complementarias: _____

Obstáculos: _____

FUENTE: Persons & Tompkins (1997).