



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

**Efecto diferencial
de la intervención centrada en dilemas
y la intervención cognitivo-conductual en los síntomas
específicos y el malestar de pacientes con depresión**

Noelia Niño Robles



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Efecto diferencial de la intervención
centrada en dilemas y la intervención
cognitivo-conductual en los síntomas
específicos y el malestar de pacientes con
depresión

Programa Doctoral en Psicología Clínica y de la Salud

2015-2020

Doctorada: Noelia Niño Robles

Director: Dr. Guillem Feixas i Viaplana

Barcelona, marzo 2020

“¿La muchacha? Es una bomba de relojería. La familia había estado influyendo en su subconsciente, estoy seguro, por lo que pude ver en su historial escolar. Ella no quería saber cómo se hacía algo, sino por qué. Esto puede resultar embarazoso.”
Ray Bradbury

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría dar mi más sincero agradecimiento a mi director, el profesor Guillem Feixas. Quisiera darle las gracias por haber confiado en mí para ser parte de su equipo, por haberme dado la oportunidad de formarme como investigadora, por todo lo que me ha enseñado a lo largo de estos años, por sus valiosos consejos y por todo su apoyo. Gracias a Guillem durante estos últimos años he podido realizar diversas actividades tanto en investigación como en enseñanza de las cuales he aprendido muchísimo y las cuales han logrado que me apasione el camino que elegí.

Gracias a todos mis compañeros de trabajo: Alejandro, Alicia, Carmen, Clara, Danilo, Fran, Helena, Isabella, Joan Carles, Joan Miquel, Marta, Michal, Miquel, Ricardo y Víctor. A todos vosotros gracias por todos los grandes momentos compartidos, por el apoyo, los consejos, las charlas y los ánimos. Gracias, porque os habéis convertido en mucho más que compañeros de trabajo. También quería dar las gracias a Chris Evans y Pim Cuijpers por sus consejos sobre la realización de la presente tesis.

Gracias a mis padres, Adela y Ángel, por inculcarnos la importancia de estudiar y por la gran paciencia, apoyo y esfuerzo que emprendieron para que lográsemos finalizar con éxito nuestros estudios. Gracias por apoyarme en cada decisión, por los cafés que me hacíais cuando tenía tanto que estudiar, los *tuppers* que iban y venían, por los madrugones para llevarme a la universidad y por estar allí para todo y pese a todo. Gracias a mis hermanos, Ángel y Óscar, por el cariño, el apoyo y las risas durante todos estos años juntos.

Por último, querría dar las gracias a Miguel por convertir mis sueños en los tuyos, por darme energías los días que no me quedaban fuerzas, por apoyarme incondicionalmente, por aguantarme los días que ni yo me aguantaba y por haber estado ahí cada uno de los días que esta tesis ha tardado en terminarse. Gracias por plantar en mi cabeza la idea de que me encantaría la investigación, por hacer crecer esta idea y por no dejar que desapareciera durante los días en los que yo misma no creía en mí.

Índice

Lista de tablas	iv
Lista de figuras	v
Lista de abreviaciones y acrónimos	xii
Resumen	xiv
Abstract	xvi
1.Introducción	1
1.1.Depresión	1
1.1.1.Características de la depresión	1
1.1.2.La depresión como la enfermedad del Siglo XXI.....	7
1.2.Investigación sobre psicoterapia en depresión	11
1.2.1.Los inicios de la investigación de la tratamiento de la depresión.....	11
1.2.2.La psicoterapia en depresión durante los últimos años.....	13
1.2.3.Psicoterapias eficaces en el tratamiento de la depresión.....	19
1.2.4.Terapia cognitivo-conductual	22
1.2.5.Terapia centrada en dilemas.....	25
1.3.Relevancia de estudiar los diferentes patrones de síntomas en la depresión	36
1.3.1.Personalización de la terapia	36
1.3.2.Tratamientos personalizados por los síntomas de la depresión	38
2.Justificación y Objetivos	39
2.1.Justificación.....	39
2.2.Objetivos	40
3.Método	42
3.1.Diseño.....	42
3.2.Participantes	42
3.2.1.Criterios de inclusión y de exclusión	42
3.2.2.Características de la muestra.....	45
3.3.Medidas e Instrumentos	47
3.3.1.Inventario de depresión de Beck segunda edición (BDI-II)	47
3.3.2.Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measures (CORE-OM)	49
3.3.3.Otros instrumentos de evaluación utilizados en el estudio	50
3.4.Tratamiento	50

3.4.1. Intervención grupal.....	51
3.4.2. Intervención individual.....	51
3.4.2.1. Intervención centrada en dilemas.....	51
3.4.2.2. Intervención cognitivo-conductual	51
3.5. Terapeutas	52
3.6. Procedimiento.....	52
3.6.1. Evaluación inicial.....	53
3.6.2. Tratamiento grupal.....	54
3.6.3. Tratamiento individual.....	55
3.6.4. Evaluación post-tratamiento	55
3.6.5. Evaluaciones de seguimiento	55
3.7. Consideraciones éticas	55
3.8. Análisis de datos.....	56
3.8.1. Análisis de las posibles diferencias en los factores del BDI-II y escalas del CORE-OM debidas a la terapia	56
3.8.2. Análisis de las posibles diferencias en los ítems del BDI-II y el CORE-OM debidas a la terapia.....	57
4. Resultados	59
4.1. Análisis previos	59
4.2. Comparación entre los factores del BDI-II dependiendo de la intervención	62
4.3. Comparación entre las escalas del CORE-OM dependiendo de la intervención	66
4.4. Comparación entre los ítems del BDI-II dependiendo de la intervención	71
4.5. Comparación entre los ítems del CORE-OM dependiendo de la intervención.....	80
5. Discusión	91
5.1. Diferencias entre los factores del BDI-II dependiendo de la intervención realizada....	91
5.2. Diferencias entre las escalas del CORE-OM dependiendo de la intervención realizada ..	93
5.3. Diferencias entre los ítems del BDI-II dependiendo de la intervención realizada ..	94
5.4. Diferencias entre los ítems del CORE-OM dependiendo de la intervención realizada.....	96
6. Conclusions	99
6.1. Strengths and Limitations.....	100
6.1.1. Strengths	100
6.1.2. Limitations	101
6.2. Future Research.....	102
6.3. From Research to Practice.....	102

7.Referencias.....	103
8.Anexos	130
Anexo 1	129
Anexo 2	131
Anexo 3	132
Anexo 4	134
Anexo 5	138
Anexo 6	159
Anexo 7	168
Anexo 8	202

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados del artículo de Feixas et al. (2018)	35
Tabla 2. Características demográficas de las participantes que completan el tratamiento	46
Tabla 3. Relación de los ítems del BDI-II con sus factores	48
Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes según la terapia asignada ...	60
Tabla 5. Modelo lineal mixto de los factores del BDI-II	63
Tabla 6. Modelo lineal mixto de las escalas del CORE-OM	67
Tabla 7. Modelo lineal mixto de los ítems del BDI-II	72
Tabla 8. Tamaño del efecto de los ítems del BDI-II	79
Tabla 9. Modelo lineal mixto de los ítems del CORE-OM	81
Tabla 10. Tamaño del efecto de los ítems del CORE-OM	90

Lista de figuras

Figura 1. Ciclo de la experiencia	28
Figura 2. Estructura básica de un dilema implicativo derivado de la técnica de la rejilla (Feixas y Saúl, 2004).	31
Figura 3. Diagrama de flujo.....	44
Figura 4. Comparación de medias del factor cognitivo-afectivo del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación.....	65
Figura 5. Comparación de medias del factor somático-motivacional del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación.....	65
Figura 6. Comparación de medias de la escala bienestar del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación.....	69
Figura 7. Comparación de medias de la escala problema del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación.....	70
Figura 8. Comparación de medias de la escala funcionamiento del CORE-OM según la intervención.....	70
Figura 9. Comparación de medias de la escala riesgo del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación.....	71
Figura 10. Comparación de medias del ítem 4 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 11. Comparación de medias del ítem 5 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 12. Comparación de medias del ítem 12 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 13. Comparación de medias del ítem 21 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 14. Comparación de medias del ítem 6 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 15. Comparación de medias del ítem 8 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 16. Comparación de medias del ítem 22 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 17. Comparación de medias del ítem 25 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 18. Comparación de medias del ítem 31 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 19. Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measures.	73
Figura 20. Técnica de la rejilla interpersonal	73
Figura 21. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el factor cognitivo-afectivo del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)	73

Figura 22. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el factor somático-motivacional del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 23. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en la escala bienestar del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)	73
Figura 24. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en la escala problema del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)	73
Figura 25. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en la escala funcionamiento del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 26. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en la escala riesgo del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)	73
Figura 27. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 1 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 28. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 2 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 29. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 3 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 30. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 4 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 31. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 5 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 32. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 6 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 33. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 7 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 34. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 8 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 35. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 9 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 36. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 10 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 37. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 11 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 38. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 12 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 39. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 13 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73

Figura 40. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 13 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 41. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 15 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 42. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 16 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 43. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 17 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 44. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 18 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 45. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 19 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 46. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 20 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 47. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 21 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 48. Comparación de medias del ítem 1 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 49. Comparación de medias del ítem 2 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 50. Comparación de medias del ítem 3 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 51. Comparación de medias del ítem 6 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 52. Comparación de medias del ítem 7 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 53. Comparación de medias del ítem 8 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 54. Comparación de medias del ítem 9 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 55. Comparación de medias del ítem 10 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 56. Comparación de medias del ítem 11 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 57. Comparación de medias del ítem 13 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 58. Comparación de medias del ítem 14 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 59. Comparación de medias del ítem 15 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73

Figura 60. Comparación de medias del ítem 16 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 61. Comparación de medias del ítem 17 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 62. Comparación de medias del ítem 18 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 63. Comparación de medias del ítem 19 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 64. Comparación de medias del ítem 20 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 65. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 1 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 66. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 2 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 67. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 3 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 68. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 4 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 69. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 5 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 70. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 6 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 71. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 7 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 72. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 8 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 73. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 9 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha) ...	73
Figura 74. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 10 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 75. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 11 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 76. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 12 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 77. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 13 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 78. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 14 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73
Figura 79. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 15 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha).....	73

Figura 100. Comparación de medias del ítem 2 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 101. Comparación de medias del ítem 3 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 102. Comparación de medias del ítem 4 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 103. Comparación de medias del ítem 5 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 104. Comparación de medias del ítem 7 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 105. Comparación de medias del ítem 9 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 106. Comparación de medias del ítem 10 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 107. Comparación de medias del ítem 11 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 108. Comparación de medias del ítem 12 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 109. Comparación de medias del ítem 13 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 110. Comparación de medias del ítem 14 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 111. Comparación de medias del ítem 15 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 112. Comparación de medias del ítem 16 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 113. Comparación de medias del ítem 17 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 114. Comparación de medias del ítem 18 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 115. Comparación de medias del ítem 19 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 116. Comparación de medias del ítem 20 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 117. Comparación de medias del ítem 21 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 118. Comparación de medias del ítem 23 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 119. Comparación de medias del ítem 24 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73

Figura 120. Comparación de medias del ítem 26 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 121. Comparación de medias del ítem 27 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 122. Comparación de medias del ítem 28 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 123. Comparación de medias del ítem 29 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 124. Comparación de medias del ítem 30 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 125. Comparación de medias del ítem 32 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 126. Comparación de medias del ítem 33 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73
Figura 127. Comparación de medias del ítem 34 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación	73

Lista de abreviaciones y acrónimos

APA: American Psychiatric Association

BDI-II: Inventario de Depresión de Beck segunda edición

CDs: Constructos Dilemáticos

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

CORE-OM: Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measure

CSMA: Centro de Salud Mental de Adultos

df: Degrees of Freedom

DI: Dilema Implicativo

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DT: Desviación Típica

ECAs: Ensayos Controlados Aleatorizados

HAM-D: Escala de Depresión de Hamilton

IC: Intervalo de confianza

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OMS: Organización Mundial de la Salud

SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

TCD: Terapia Centrada en Dilemas

TCP: Teoría de los constructos personales

TD: Trastorno Distímico

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TDM-R: Trastorno Depresivo Mayor Recidivante

TRI: Técnica de la Rejilla Interpersonal

TSP: Terapia de Solución de Problemas

USD: United States Dollars

Resumen

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en los adultos, afectando a 268 millones de personas y generando un coste mundial de entre 1816 USD y 3945 USD por persona. Por lo que a pesar de las múltiples investigaciones sobre el tratamiento de los trastornos depresivos aún sigue siendo de vital importancia mejorar la eficacia de los tratamientos existentes, ya que a pesar de las psicoterapias y los tratamientos biológicos algunos pacientes siguen empeorando su trastorno o sin mejorar sus síntomas.

La presente tesis pretende avanzar en el conocimiento de los efectos de las psicoterapias en los trastornos del estado de ánimo. Más concretamente, sobre si la intervención centrada en dilemas y la intervención cognitivo-conductual promueven cambios sintomáticos distintos (o no) en el tratamiento de los trastornos depresivos. Para ello se analizaron los ítems y factores del inventario de depresión de Beck-II y el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM) para investigar las posibles diferencias dependiendo de la intervención.

Esta tesis reanaliza los resultados del ensayo clínico realizado por Feixas y sus colaboradores (2016) en el que se examinó si las intervenciones mencionadas anteriormente eran eficaces para el tratamiento de la depresión. La muestra estuvo compuesta por 128 participantes de Barcelona y sus alrededores. Los participantes eran usuarios de centros de atención primaria, centros de salud mental, y de la *Associació Catalana de Teràpies Cognitives* que cumplían con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo mayor o de un trastorno distímico (DSM-IV TR), debían presentar una edad entre 18-70 años, obtener una puntuación igual o superior a 20 puntos en el inventario de depresión de Beck y presentar al menos un conflicto cognitivo.

En el estudio original no se encontraron diferencias en la eficacia de ambas intervenciones a nivel global. Los resultados más detallados obtenidos en esta tesis nos informan que no existen diferencias significativas debidas a la intervención en ninguno de los factores ni ítems del inventario de depresión de Beck-II, así como tampoco se encuentran diferencias entre los factores e ítems del CORE-OM.

El presente estudio supone un paso más en el entendimiento de cómo actúan las psicoterapias en el tratamiento de la depresión, demostrando un respaldo a las teorías de los factores comunes de la psicoterapia y aportando apoyo empírico a la eficacia de la intervención centrada en dilemas (al menos al mismo nivel que la cognitivo-conductual, aunque con menos estudios). Para futuros estudios se puede continuar esta línea de investigación comprobando si la falta de diferencias en la mejora de los síntomas encontrada en este estudio se sigue replicando al comparar diferentes psicoterapias.

Palabras clave: síntomas depresivos, intervención centrada en dilemas, intervención cognitivo-conductual, eficacia diferencial.

Abstract

Today, depression is one of the most common mental disorders in the adult population. This mental disorder affects 268 million people, which would be equivalent to a global cost of between 1816 USD and 3945 USD per person. For this reason, whilst there are multiple investigations regarding the ways in which psychotherapy and antidepressant medication can treat depressive disorder, they are not enough. The research on depressive disorders has been important in improving the effectiveness of the existing interventions. However, in spite of this research, too many patients have deteriorated or have not experienced symptom improvement.

The current thesis tries to contribute to this line of research regarding this group of patients by investigating whether dilemma-focused and cognitive-behavioral interventions can improve different depressive symptoms. For this purpose, we used all the items and factors from the Beck Depression Inventory (second edition; BDI-II) and the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) questionnaires, and we researched differences between each intervention across each item and factor. Our main aim was to understand possible differences in depression symptoms after psychotherapy.

This thesis is a reanalysis of a randomized control trial carried out by Feixas and collaborators (2016), which tested whether dilemma-focused and cognitive-behavioral interventions are effective for the treatment of depression. A total of 128 patients who lived in Barcelona and other surrounding areas were included in the current study. They were outpatients referred to the study by primary care centers, mental health centers, the *Associació Catalana de Teràpies*, and *Fundació Sant Pere Claver*. The participants had to meet the diagnostic criteria for major depressive or for dysthymia disorders, have between

18-70 years old, have a score equal to or greater than 20 points on the BDI-II, and have at least one cognitive conflict.

The results indicated that there were no significant differences for any of the factors or items from the BDI-II as a result of the intervention. This also appeared to be the case for the items and scales from the CORE-OM.

Our study was aim to shed light on the understanding of how psychotherapies work in the treatment of depression. These results support theories emphasizing the role of the common factors involved in psychotherapy. The present thesis provides a more detailed evidence of the efficacy of the dilemma-focused intervention under study. These findings could lead to future research studies related to whether differences exist between other psychotherapies when considering symptom improvement.

Keywords: depressive symptoms, dilemma-focused intervention, cognitive-behavioral intervention, symptom improvement.

1. Introducción

En las últimas décadas se ha vivido un auge de la investigación sobre tratamientos eficaces de la depresión en adultos, llegando a realizarse más de 500 ensayos controlados aleatorizados (ECAs) (Cuijpers, 2017). Esto se debe a la alta prevalencia de la depresión, haciendo que incluso llegue a ser la primera causa de discapacidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Pero a pesar del gran número de estudios existentes aún se necesita una mayor investigación, ya que actualmente la depresión se encuentra en el cuarto puesto del ranking de las enfermedades mundiales (Mathers y Loncar, 2006). Por esto es importante encontrar psicoterapias eficaces para el tratamiento de la depresión e investigar el modo en que actúan cada una de estas con el objetivo de encontrar el tratamiento más eficaz.

1.1. Depresión

1.1.1. Características de la depresión

El término depresión ha evolucionado desde su aparición en la primera edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-I) (American Psychiatric Association [APA], 1952). En esta primera edición no se mencionaba la depresión como tal, sino que se la englobaban dentro de los denominados trastornos del estado de ánimo (APA, 1952), los cuales eran considerados como trastornos orgánicos o como reactivos (Richards, 2011). Esto se ha ido modificando a lo largo de cada una de las versiones del DSM, en la segunda versión (APA, 1968) estos trastornos pasaron a describirse mediante los términos psicótico y neurótico, de este modo se diferenciaban los trastornos del ánimo en orgánicos o los que se debían a un problema de la mente (Boland y Keller, 2002). Esta diferencia tenía un mayor énfasis en el supuesto origen del trastorno, los denominados como trastornos del ánimo neuróticos no tenían un origen que se debiera a una causa orgánica o a una lesión en el cerebro. En esta versión del manual también apareció una categoría dentro de los trastornos

del ánimo que hacía referencia al tiempo de duración de los mismos, diferenciando entre crónicos y curables (Richards, 2011). En el DSM-III (APA, 1980) los trastornos pertenecientes a la categoría de estado de ánimo se engloban por su duración y por diferentes criterios diagnósticos (Richards, 2011). Uno de los mayores avances entre en el DSM-IV fue la eliminación del término trastornos mentales orgánicos, además se separaron los conceptos de delirium y demencia. En cuanto a la sección de trastornos del ánimo se estudió la inclusión de nuevas categorías diagnósticas como depresión menor, depresión breve y síndrome depresivo ansioso. En el DSM-IV y su revisión posterior, el DSM-IV-TR (APA, 2000), los trastornos del estado de ánimo se dividen en trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica, trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias y trastornos del estado de ánimo no especificados. Dentro de la primera categoría figura el trastorno depresivo mayor episodio único, trastorno depresivo mayor recidivante, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. En la categoría de trastornos bipolares figuran: trastorno bipolar I episodio maníaco único, trastorno bipolar I episodio más reciente hipomaníaco, trastorno bipolar I episodio más reciente maníaco, trastorno bipolar I episodio más reciente mixto, trastorno bipolar I episodio más reciente depresivo, trastorno bipolar I episodio más reciente no especificado, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado. Respecto a los trastornos de ánimo debido a enfermedad médica se debe especificar si estos se acompañan de síntomas depresivos, síntomas de depresión mayor o síntomas mixtos. Las categorías de trastornos del estado de ánimo inducido por sustancias y trastornos del estado de ánimo no especificado no disponen de subcategorías. En cuanto a las diferencias entre el DSM-IV-TR y la actual versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (APA, 2013) han sido menores que entre otras ediciones anteriores, la principal diferencia en esta categoría reside en que actualmente en el DSM-5 el trastorno distímico se encuentra incluido

en trastornos depresivos persistentes, además en esta nueva versión podemos encontrar una categoría llamada trastornos depresivos que se encuentra separada de los trastornos bipolares.

De este modo la actual clasificación del DSM-5 para los trastornos depresivos incluye los siguientes: trastornos de depresión mayor (también denominado depresión), trastorno depresivo persistente, otro trastorno depresivo especificado o no especificado, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo debido a otra enfermedad y trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos (APA, 2013).

En la versión actual del DSM los criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor son los siguientes:

a) Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes casi todos los días durante al menos un período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.

4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

b) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

c) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

d) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

e) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Pero la clasificación del DSM-5 no es la única existente. Otra clasificación ampliamente utilizada es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), actualmente se encuentra en su décima versión. Como ha sucedido con la clasificación DSM, la CIE también ha ido evolucionando a lo largo de los años. En las primeras versiones, la CIE solo era una clasificación de causas de defunción. En su sexta edición (1948) la CIE pasa a estar a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aparecen por primera vez también las causas de morbilidad, y no solo de mortalidad (OMS, 1992). Tras la publicación de su octava

versión el uso de la CIE aumentó, llegando incluso a ser tan popular que algunos países realizaron una adaptación propia del mismo. Durante la novena versión se realizaron cambios orientados a facilitar su uso, para ello se incluyó un método para la clasificación de la información diagnóstica. Este método permitía establecer cuando un término era utilizado para identificar el sitio afectado u órgano y cuando se utilizaba como enfermedad (OMS, 1992). En la décima versión de la CIE se introdujeron cambios que permitieron que durase más que los anteriores. Los cambios principales fueron: un sistema de clasificación alfanumérico que permitió aumentar el tamaño de la base de codificación y la agregación de dos categorías de clasificación nuevas que fueron: clasificación de causas externas de traumatismos y envenenamientos, y clasificación de los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (OMS 1992).

En la actual clasificación, la CIE-10, los trastornos depresivos mayores (tanto el de episodio único como el recurrente) se encuentran englobados dentro de la categoría de los trastornos del humor [afectivos], junto con los siguientes: episodio maníaco, trastorno bipolar, trastornos persistentes del estado de ánimo [afectivos] y trastorno del estado de ánimo [afectivo] no especificado. Los criterios diagnósticos para un episodio depresivo son los siguientes:

- a) Criterios generales para episodio depresivo
 - 1) El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 - 2) El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- b) Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

1) Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.

2) Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.

3) Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

c) Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:

1) Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

2) Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

3) Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.

4) Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

5) Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

6) Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

7) Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

d) Puede haber o no síndrome Somático.

Como se puede apreciar en lo indicado anteriormente, existen algunas diferencias entre los criterios diagnósticos de una y otra clasificación. En la clasificación correspondiente al DSM-5 encontramos más criterios referentes a la diferenciación y exclusión de los

trastornos y en el CIE-10 encontramos algunos síntomas más especificados y organizados en diferentes categorías (APA, 2013; OMS, 1992).

1.1.2. La depresión como la enfermedad del Siglo XXI

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes en adultos (Hasin, Goodwin, Stinson, y Grant, 2005; Waraich, Goldner, Somers, y Hsu, 2004). En el año 2016 los trastornos depresivos, dentro de los cuales se engloban el trastorno depresivo mayor (TDM) y la distimia (TD), afectaron a más de 268 millones de personas en todo el mundo (Vos et al., 2017). Esto equivaldría a que un 3.60% de la población mundial sufre de algún trastorno del ánimo. Si nos centramos en el trastorno depresivo mayor más de 167 millones de personas lo presentaron en el 2016, lo que equivale a un 2.25% de la población mundial (Vos et al., 2017). Además, algunos de los trastornos depresivos presentan unas ratios de prevalencia a lo largo de la vida entre un 18%, para la depresión mayor (Kessler et al., 2011), y un 3%-6%, para la depresión crónica (Murphy y Byrne, 2012). Por lo que los trastornos depresivos han llegado incluso a ser reconocidos como una crisis global (Zubala, MacIntyre, y Karkou, 2017). A pesar de que actualmente la prevalencia de la depresión es preocupante se espera que esta sea aún más alarmante durante los próximos años, llegando a ser en el 2020 la segunda causa de enfermedad más común en todo el mundo (OMS, 2017). Aunque este trastorno no se presenta de forma equitativa en toda la población mundial, ya que la prevalencia de todos los trastornos de ánimo, incluido el trastorno depresivo mayor y la distimia, es más alta en mujeres que en hombres (Kramer, Krueger, y Hicks, 2008). También presenta una mayor prevalencia en algunos países de África que en el resto del mundo (Vos et al., 2017).

Pero no solo es motivo de preocupación el aumento de la prevalencia de la depresión sino también todo lo que viene asociado a ella, ya que estos trastornos afectan a la persona en

su totalidad y no solo en su salud mental (Zubala et al., 2017). Se ha comprobado que la depresión tiene un impacto muy negativo en el bienestar mental de las personas, en la calidad de vida de las mismas y de sus familiares y además disminuye su funcionamiento social y laboral (Richards, 2011). Todo esto sucede tanto a corto como a largo plazo. Las personas con síntomas depresivos o trastornos depresivos también ven mermadas sus capacidades para relacionarse, sus habilidades físicas y su funcionamiento durante las actividades diarias, además de su procesamiento cognitivo y afectivo (Papakostas et al., 2004; Zubala et al., 2017).

La depresión también se encuentra relacionada con un incremento del uso de los servicios sanitarios, de la morbilidad y de la mortalidad (Cuijpers et al., 2014). Esto último puede ser debido en gran medida a los patrones de comportamiento insanos que aparecen relacionados con la depresión como la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y los hábitos de alimentación insanos (Cuijpers et al., 2014). La depresión también se encuentra relacionada con un incremento en la severidad de algunas enfermedades y un decremento en la eficacia de algunos tratamientos (Richards, 2011).

Otro aspecto que suscita gran preocupación sobre los trastornos depresivos es la alta presencia de comorbilidades que presenta, ya que pueden presentarse unidos a una amplia gama de trastornos. En el estudio de Aragonès, Piñol y Labad (2009) la comorbilidad entre la depresión y los trastornos de ansiedad es de un 89%, aunque los trastornos de ansiedad no son los únicos con los que se presenta una alta comorbilidad esto también sucede con los trastornos por estrés postraumático, los trastornos obsesivos-compulsivos, las fobias sociales y el abuso de sustancias (Richards, 2011). Así, la depresión se presenta junto con otros trastornos mentales en un 59% de los casos diagnosticados (Sandín, Chorot, y Valiente, 2012).

Pero los trastornos depresivos no solo presentan una alta comorbilidad con diversos trastornos mentales, algunos problemas físicos también se ven asociados a la depresión. La obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, las disfunciones sexuales o las enfermedades musculoesqueléticas son algunos de los ejemplos más comunes de enfermedades físicas que presentan comorbilidad con la depresión, aunque no son las únicas existentes (De Hert et al., 2011).

De todo lo anterior es fácilmente extrapolable que la depresión supone un gran coste de dinero, debido tanto al uso del sistema sanitario y tratamientos (costes directos) como al deterioro de la productividad laboral y absentismo laboral (costes indirectos) (Greenberg y Birnbaum, 2005; Smith et al., 2006). A nivel mundial, los costes derivados de la depresión se estiman entre 1816 USD y 3945 USD por persona, de los cuales los costes directos oscilan entre 1543 USD y 2746 USD por persona. Mientras que los costes indirectos varían desde 273 USD a 1199 USD por persona (Luppa, Heinrich, Angermeyer, König, y Riedel-Heller, 2006).

En un estudio realizado por Gustavsson y sus colaboradores (2011) se estudiaron los costes de algunas enfermedades en Europa, entre ellos los costes de los trastornos del ánimo. Estos fueron categorizados según los trastornos diagnósticos del CIE-10 y dentro de los mismos se midieron los costes para el trastorno depresivo mayor y la distimia. Los datos de este estudio se basaron en los resultados obtenidos en una muestra compuesta por 33.3 millones de personas europeas con trastornos del estado de ánimo (3003 de ellas con nacionalidad española). De estos datos se extrae que en el año 2010 los trastornos depresivos supusieron un coste de 113,405 millones de euros para Europa y 9,705 millones de euros para España, lo que supone un coste por persona de 3406€ y 2699€ respectivamente. El desglose de los gastos europeos por persona es el siguiente: 781€ son los costes directos de servicios

sanitarios, 464€ son los costes directos no médicos y 2,161€ corresponden a los costes indirectos. En España los costes por paciente con depresión mayor son los siguientes: costes directos del servicio sanitario 889€, y costes indirectos 2,699€ (Gustavsson et al., 2011; Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Gutiérrez-Nicuesa, Salvatella-Pasant, y Navarro-Artieda, 2010).

Como si los elevados costes de la depresión no fuesen suficiente motivo para investigar los tratamientos más eficaces, se ha demostrado que dichos tratamientos solo la reducen en un porcentaje en torno al 33% (Andrews, Issakidis, Sanderson, Cory, y Lapsley, 2004), que los ratios de recaídas se estiman en un 50% dos años después de la finalización del tratamiento y en un 85% en los siguientes 15 años una vez recuperados del episodio inicial (Vittengl, Clark, Dunn, y Jarrett, 2007).

Debido a todos estos motivos en las últimas décadas se han llevado a cabo múltiples investigaciones para examinar los efectos de las psicoterapias en la depresión (p. ej., Cuijpers, 2017). Pero la psicoterapia no es el único tratamiento para la depresión. También los antidepresivos han demostrado su eficacia en el tratamiento de los trastornos del ánimo, actualmente existen 21 tipos de antidepresivos diferentes que se han demostrado más eficaces que el placebo en el tratamiento de los trastornos del ánimo (Cipriani et al., 2018). Además de los antidepresivos y la psicoterapia se han utilizado otros tratamientos para los trastornos del estado de ánimo como es el caso de la terapia electroconvulsiva cuya eficacia está sujeta a controversia (Martínez-Amorós, Cardoner, Gálvez y Urretavizcaya, 2012). Desde el campo de las neurociencias y la medicina también se han encontrados nuevos tratamientos como la estimulación del nervio vago, que puede ser invasiva o no invasiva (Cimpianu, Strube, Falkai, Palm, y Hasan, 2017), o la estimulación transcraneal de corriente directa (Moacyr y Lisanby, 2012).

1.2. Investigación sobre psicoterapia en depresión

1.2.1. Los inicios de la investigación de la psicoterapia para el tratamiento de la depresión

Los inicios de la psicoterapia formal se datan durante la segunda mitad del siglo XIX (Feixas y Miró, 1993) destacando la contribución de Freud y su colega Breuer con sus estudios sobre la histeria (Braakmann, 2015).

En referencia al trastorno depresivo mayor nos encontramos que, aunque es conocido desde la edad media y los pacientes realizaban psicoanálisis (si tenían acceso al mismo), la sistematización de su tratamiento no se realizó hasta la mitad del pasado siglo, aproximadamente en 1950 cuando aparecen los primeros fármacos antidepresivos tricíclicos (Sánchez, 2013). Hasta los años 70 estos fueron junto al psicoanálisis el único tratamiento para la depresión (Robinson, Berman, y Neimeyer, 1990), ya que fue durante esta época en la cual se desarrollaron un gran número de investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos. Estos nuevos tratamientos provenían de diversos enfoques y se centraban en buscar psicoterapias eficaces para la depresión.

En los años 70, cuando comenzaron estas investigaciones, la mayoría de los estudios que se llevaron a cabo provenían de los Estados Unidos, con algunas tímidas excepciones provenientes de los países occidentales (Cuijpers, 2017). En estas primeras investigaciones se comenzó a investigar la terapia cognitiva de Beck (1964; actualmente integrada en la terapia cognitivo-conductual, TCC), y posteriormente apareció la terapia comportamental (Lewinsohn, 1974) y la terapia de autocontrol de Rehm (Fuchs y Rehm, 1977). Tras la aparición de estas nuevas terapias, aumentó la investigación sobre la eficacia del tratamiento para la depresión. Durante esta etapa los estudios se centraron principalmente en dos vías de investigación, por un lado, se estudiaba un tratamiento comparándolo con la lista de espera y,

por otro lado, comenzaban las investigaciones que comparaban dos terapias diferentes (Robinson et al., 1990).

A partir de los años 90 la investigación en psicoterapia para el tratamiento de la depresión aumento drásticamente, esta fue la época en la que más investigaciones se llevaron a cabo. Durante este tiempo el número de estudios realizados en Estados Unidos se mantuvo más o menos estable con relación a la etapa anterior pero el número de estudios realizados en la Unión Europea aumento considerablemente, especialmente los realizados en Reino Unido (Cuijpers, 2017). En este punto el objetivo de las investigaciones se diversifica y comienzan a aparecer estudios que comparan un tratamiento con una condición control, estudios que comparan un tratamiento psicológico con uno farmacológico, otros que comparan un tratamiento psicológico con una combinación de tratamiento psicológico y farmacológico, y algunos otros que comparan los tratamientos psicológicos individuales con los de grupo (Cuijpers, Andersson, Donker, y Van Straten, 2011).

En la década de los 2000, el número de estudios llevados a cabo en países no occidentales se incrementó y algunos países como Australia comenzaron a publicar más investigaciones sobre el tratamiento de la depresión (Cuijpers, 2017). Mientras que el número de investigaciones realizadas en Europa también seguía aumentando, llegando a ser en el 2010 el lugar donde más se investigaba sobre el tratamiento psicoterapéutico de la depresión (Cuijpers, 2017). En el apartado 1.2.3 describimos los tratamientos que han conseguido mayor reconocimiento por su eficacia.

Si evaluamos la trayectoria de la investigación de la psicoterapia en depresión desde sus inicios encontramos que cada pocos años aparecieron nuevas psicoterapias que afirmaban ser más eficaces que las ya existentes, por lo que han llegado a investigarse decenas de terapias diferentes a lo largo de la historia (Cuijpers, 2015).

1.2.2. La psicoterapia de la depresión durante los últimos años

Como se puede extrapolar de lo mencionado anteriormente, hoy en día la depresión es uno de los trastornos mentales más estudiados (Cuijpers, Karyotaki, Pot, Park, y Reynolds, 2014). Por ese motivo, y a pesar de toda la trayectoria antes mencionada, actualmente aún continúan las investigaciones sobre tratamientos que ya se han demostrado eficaces (véase 1.2.3), mientras simultáneamente se estudian nuevas terapias psicológicas y se abren nuevas líneas de investigación dentro de la psicoterapia para el tratamiento de la depresión.

Aunque hasta ahora solo hemos hablado de los estudios que se engloban dentro de las llamadas investigaciones de resultados en psicoterapia, estos no son el único tipo de estudios que se realizan en el ámbito de la psicoterapia para el tratamiento de la depresión (Braakmann, 2015; Gelo y Manzo, 2015; Hardy y Llewelyn, 2015). En esta línea de investigación se incluyen los estudios que intentan demostrar que un tratamiento produce algún tipo de resultado clínico en la depresión (Gelo, Pritz, y Rieken, 2015), dentro de estos se encuentran los que intentan demostrar la eficacia de algunas psicoterapias para el tratamiento de la depresión. Las investigaciones que se agrupan dentro de esta línea se dividen en dos subgrupos diferenciados según el tipo de control que realicen sobre las condiciones de tratamiento, el primer subgrupo son las investigaciones en las cuales las condiciones del tratamiento no se controlan o el control se realiza mínimamente (Orts, 2015) y en el segundo subgrupo se pueden encontrar las investigaciones conocidas como ensayos controlados aleatorizados (ECAs), en las cuales las condiciones de tratamiento están controladas y los pacientes se asignan a cada uno de los grupos de forma aleatoria (Lazcano-Ponce et al., 2004). Dentro de la línea de investigación correspondiente a los ECAs se agrupan la mayoría de los estudios sobre las terapias con evidencia científica para el tratamiento de los trastornos depresivos (véase 1.2.3).

Dentro de las investigaciones en el ámbito de la psicoterapia para el tratamiento de la depresión también existen otras líneas de investigación, como la investigación en procesos psicoterapéuticos o la investigación en resultados y procesos (Gelo et al., 2015; Lambert, 2013). Si el objetivo del estudio es comprobar cómo funciona la psicoterapia, es decir, como algunos factores influyen en cómo se desarrolla la terapia este se agrupará dentro de la línea de procesos psicoterapéuticos (Hardy y Llewelyn, 2015). Los estudios que investigan sobre qué cambios se deben producir durante el proceso terapéutico para que obtengan unos resultados específicos se engloban dentro de la línea que investiga en resultados y procesos (Gelo et al., 2015).

Dentro de los modelos psicológicos que han cobrado mayor importancia dentro de la investigación en los últimos años destacan los modelos transdiagnósticos, cuyo objetivo es entender los trastornos mentales (McEvoy, Nathan, y Norton, 2009). Estos modelos defienden que la mayoría de los trastornos mentales se basan en una serie de procesos cognitivos y conductuales que los causan y/o los mantienen y que son independientes del tipo de trastorno (Sandín et al., 2012), es decir, este modelo no se centra en el trastorno en sí, sino que focaliza su atención en las dimensiones que comparten varios trastornos (González Pando, Cernuda Martínez, Alonso Pérez, Beltrán García, y Aparicio Basauri, 2018). Estos enfoques surgieron a raíz de una serie de antecedentes entre los que destaca la insatisfacción con las taxonomías del CIE y del DSM, debido a su falta de validez y fiabilidad. Otro de los factores desencadenantes fue la alta comorbilidad que se produce entre los trastornos. Por último, algunos autores defienden que en los últimos años se ha producido una inflación de la población diagnosticada con algún trastorno (Vallejo, 2011) y que esto supone un riesgo de que las personas puedan ser medicalizadas por sus problemas cotidianos. Esto implicaría que estas dificultades sean convertidas en trastornos cuando no son más que problemas de la vida (González Pando et al., 2018).

Dentro el enfoque transdiagnóstico, encontramos diversos modelos como, por ejemplo, los *Research Domain Criteria* (RDoCs) desarrollados por el *National Institutes of Mental Health*. Se basa en la idea de que las enfermedades mentales se producen por fallos en algunos circuitos del cerebro y que en algún momento la ciencia podrá identificar estos defectos en el cerebro y tratarlos (Cuthbert, 2014). El modelo RDoCs defiende que existen cinco dominios que son: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, sistemas cognitivos, sistemas de procesos sociales y sistemas de activación/regulación. Un fallo en alguno de estos sistemas desencadenaría los diversos trastornos que conocemos hoy en día (Pérez Álvarez, 2015). Otro de los modelos propuestos desde el enfoque transdiagnóstico es la red de síntomas. En este modelo, al contrario que en el anterior, los trastornos mentales no tienen una causa patógena común, sino que los síntomas están causados los unos por los otros formando una red que se retroalimenta (González Pando et al., 2018).

Sandín junto a sus colaboradores (2012) proponen un modelo basado en diferentes dimensiones, muchas de ellas presentes en los trastornos del ánimo, que son comunes a los diversos trastornos. Respecto a los trastornos del ánimo indican que las siguientes dimensiones estarían estrechamente relacionadas con el surgimiento y el mantenimiento de los síntomas: sensibilidad a la ansiedad (definida como miedo a las sensaciones interiores de ansiedad o activación debidas a la creencia de que estas señales indican la posibilidad de consecuencias no deseadas), intolerancia a la incertidumbre (representada por la ansiedad anticipatoria y la inhibición ansiosa), rumiación (pensamientos repetitivos y recurrentes que tienen un impacto negativo en el estado de ánimo) e intrusiones mentales (pensamientos automáticos negativos) (González Pando et al., 2018).

Los modelos transdiagnósticos no se han quedado solo en la parte teórica, sino que existen diversas investigaciones en las que los pacientes con trastornos del estado de ánimo han sido tratados mediante terapias cognitivo-conductuales basadas en estos modelos. En la mayoría de estos tratamientos los pacientes con trastornos del ánimo realizan psicoterapia junto a los pacientes con trastornos de ansiedad, sin diferenciar entre la existencia o no existencia de comorbilidad entre estos dos trastornos (McEvoy et al., 2009). McEvoy y Nathan (2007) estudiaron la eficacia de una intervención realizada con pacientes que sufrían ansiedad y depresión, para ello se les aplicaba un tratamiento con los siguientes componentes: psicoeducación, técnicas de relajación, tareas de activación comportamental, técnicas de exposición y reestructuración cognitiva. Los resultados de este estudio reportan una mejora significativa en los pacientes.

Otro estudio que se llevó a cabo para comprobar la eficacia de una terapia cognitivo-conductual basada en el modelo transdiagnóstico fue el dirigido por Hooke y Page (2002), el cual fue una réplica de un estudio anterior realizado por Manning, Hooke, Tannenbaum, Blythe, y Clarke (1994). En este estudio se evaluaron los resultados obtenidos por un tratamiento intensivo realizado durante 60 horas repartidas entre dos semanas. Los participantes que llevaron a cabo este tratamiento tenían diferentes trastornos, aunque principalmente la muestra estaba compuesta por pacientes con trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. El tratamiento estuvo formado por los siguientes componentes: auto-monitorización, cambios en los pensamientos y en las creencias, establecimiento de objetivos realistas, entrenamiento en habilidades asertivas, psicoeducación, entrenamiento en manejo del estrés, problemas con el estilo de vida, relajación y sesiones de apoyo a personas significativas en la vida del paciente. Los resultados de esta investigación reportaron mejoras en todos los síntomas sin ningún tipo de relación con el diagnóstico que presentaba el paciente. A pesar de que la mejora no se veía influenciada por el trastorno del paciente, si

encontraron que los predictores del tratamiento variaban dependiendo del trastorno. Los resultados indicaban que la autoestima medida durante el pretratamiento influye en los resultados relacionados con la ansiedad durante el postratamiento solo si el paciente presentaba trastornos de ansiedad, en cambio la medida sobre el locus de control tomada durante el pretratamiento solo influye en la medida de depresión del postratamiento si la persona sufría algún trastorno del estado de ánimo (Barlow et al., 2010; Manning et al., 1994).

Pero las terapias basadas en los modelos transdiagnósticos no han sido las únicas desarrolladas durante los últimos años que intentan mejorar la eficacia del tratamiento de los trastornos depresivos. Durante estos años han aparecido nuevas técnicas para tratar la depresión, además se han desarrollado nuevas terapias y otras han modificado la forma en que se aplicaban, todo esto con el objetivo de intentar mejorar los resultados obtenidos en su tratamiento.

Algunas de las terapias desarrolladas en los últimos años derivan de otras terapias anteriores que han sido ampliamente investigadas. Este es el caso de la terapia cognitiva basada en la atención plena que deriva de la terapia cognitiva y de la meditación. Segal, Williams, y Teasdale (2002) publicaron un libro en el que postulaban un tratamiento para evitar las recaídas de la depresión, para ello propusieron un programa grupal de ocho semanas. El objetivo de este programa fue enseñar a los pacientes a focalizar la atención hacia patrones cognitivos que no retroalimentasen los síntomas negativos, es decir, enseñaron a los pacientes a no centrarse en los procesos rumiativos de la depresión.

Esta terapia ha cambiado su forma de aplicación debido a la implementación de las nuevas tecnologías. Aunque esta nueva forma de tratamiento no es exclusiva de la terapia cognitivo-conductual, ha sido en este modelo en el que más se ha aplicado (Newman,

Szkodny, Llera, y Przeworski, 2011). Cuando hablamos de tratamientos psicológicos para los trastornos depresivos basados en nuevas tecnologías nos referimos a cualquier tratamiento que pueda realizarse a través de páginas web, programas para el ordenador o para *Smartphones*. Algunos ejemplos de tratamientos cognitivos-conductuales basados en nuevas tecnologías son los siguientes: *Beating the blues* (Proudfoot et al., 2003) o *The Climate Sadness program* (Perini, Titov, y Andrews, 2008).

Varias investigaciones demuestran que la terapia de pareja también es eficaz en el tratamiento de la depresión (Gollan, Friedman, y Miller, 2002). Reibstein y Sherbersky (2012) compararon la terapia sistémica de pareja con la terapia farmacológica y los resultados reportaron que la primera era más eficaz. La terapia sistémica de este estudio se basó en el protocolo presentado en el manual de Jones y Asen (2000), que posteriormente ha sido utilizado en otras investigaciones como la de Feixas, Muñoz, Dada, Compañ, y Arroyo (2009).

En los últimos años también se han producido avances en técnicas de modificación de los sesgos cognitivos (Koster, Fox, y MacLeod, 2009). Estas técnicas intentan cambiar la respuesta emocional del paciente con depresión a través de la corrección de sus sesgos cognitivos (Hertel y Mathews, 2011). Este tipo de técnicas, cuando se aplican para el tratamiento de la depresión, se centran en los sesgos cognitivos referentes a los procesos de atención e interpretación (Duque, López-Gómez, Blanco, y Vázquez, 2015).

Como se puede deducir de este apartado, debido a que cada vez existen más tratamientos para la depresión es muy importante comprobar cuáles de estas psicoterapias están apoyadas por suficiente cantidad de investigaciones como para poder ser consideradas basadas en la evidencia. Por este motivo muchas de las asociaciones profesionales de psicólogos u organizaciones relacionadas con el ámbito de la salud han desarrollado guías o

listas en las que figuran los tratamientos eficaces para los trastornos depresivos (Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud, 2002).

1.2.3. Psicoterapias eficaces en el tratamiento de la depresión

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI; 2014) publicó una guía de práctica sobre el manejo de la depresión clínica en la cual se pueden encontrar los tratamientos psicoterapéuticos considerados eficaces, para ello la guía se encuentra basada en diversas revisiones sistemáticas (Barth et al., 2013; Cuijpers, Smit, Bohlmeijer, Hollon, y Andersson, 2010) y en guías de otros países (*National Institute for Health and Care Excellence*, NICE, 2009; Parikh et al., 2009). Las terapias que se enumeran como eficaces para el tratamiento de la depresión en esta guía del MSSSI son la terapia de activación conductual, terapia de solución de problemas, terapia incluyendo a la pareja, terapia interpersonal, *counselling*, terapia psicodinámica breve y diferentes tipos de terapias que se engloban dentro del modelo cognitivo-conductual. Estas terapias varían tanto en los fundamentos teóricos en los que se basan como en las técnicas que aplican, por lo que a continuación se presenta un pequeño resumen de las mismas.

La terapia de activación conductual usa principios del condicionamiento operante para que la persona aprenda a cambiar su entorno y a organizar su vida para que esto le reporte el refuerzo positivo que anteriormente lograba (Barraca, 2016; Ekers et al., 2014). Esta es una terapia estructurada, sobre la cual se puede encontrar múltiple información referente a su aplicación mediante manuales o programas online (Barraca, 2016).

La terapia de solución de problemas (TSP), desarrollada por Nezu, Nezu, y Perri (1989) y cuyo objetivo principal es mejorar las estrategias de afrontamiento que el paciente presenta ante sus problemas (MSSSI, 2014). Esta terapia se compone de varios elementos que

se aplican del siguiente modo: se comienza con la definición de los problemas personales del paciente, se escoge uno de los problemas y tras esto se generan múltiples posibles soluciones para el mismo. A continuación, se busca y selecciona la mejor solución entre todas las propuestas, tras esto se crea un plan de cómo aplicar la solución seleccionada y por último se analiza si este proceso ha resuelto el problema, si lo ha hecho se pasa al siguiente problema, pero sino el proceso vuelve a comenzar partiendo del mismo problema (Nezu, Nezu y Perri, 1989).

En el apartado anterior ya se comentó la importancia de la terapia de pareja en el tratamiento para la depresión pero solo desde el punto de vista de la terapia sistémica aunque la guía de la NICE (2009) (en la cual se basa la guía del MSSSI) en su revisión sistemática incluye más estudios de terapia de pareja del modelo cognitivo-conductual que de cualquier otro modelo (MSSI, 2014), por lo que es importante destacar que la terapia de pareja no es un modelo de tratamiento sino una forma de aplicación de diversos modelos psicoterapéuticos.

Otra de las terapias consideradas eficaces es la terapia interpersonal la cual es una terapia desarrollada en la década de los 80s como tratamiento individual para pacientes con depresión (Klerman, Weissmar, Rounsaville y Chevron, 1984). El objetivo de esta terapia es la reducción de los síntomas depresivos a través de la resolución o afrontamiento de las áreas que resultan problemáticas para el paciente como el duelo, las relaciones actuales y los procesos interpersonales (Klerman y Weissmar, 1993). Se caracteriza por ser una terapia breve y altamente estructurada, la cual dispone incluso de un manual de aplicación (Klerman, Weissmar, Rounsaville y Chevron, 1984) de 16 sesiones.

El *counselling*, mencionado así en la guía del MSSSI, se considera como una terapia de apoyo no directiva y se asimila a la terapia centrada en el cliente que fue desarrollada por Rogers ya en los años 50 y sus sucesivas versiones (ej., 1951; 1961). Estas terapias se basan

en la idea de que la persona puede solucionar sus problemas hablando sobre ellos con otros (Cuijpers et al., 2008). Dentro de este tipo de psicoterapias también se incluirían todas las que no tienen una estructura claramente definida y no presentan técnicas específicas propias, ya que consideran que su herramienta principal es la empatía. Aunque esta teoría se compone de diversos modelos solo se distinguen dos tipos de subgrupos que son los denominados *counselling* centrado en emociones y *counselling* centrado en el paciente (Cuijpers et al., 2008; MSSSI, 2014).

La terapia psicodinámica breve (en sus múltiples versiones) deriva del modelo psicoanalítico, o también conocido como psicodinámico. La principal diferencia entre la terapia psicodinámica breve y sus antecesoras es que esta primera tiene una limitación de tiempo y que pone su atención solo en una parte concreta de la vida y las emociones del paciente (Sánchez-Barranco y Sánchez-Barranco, 2001). El principal objetivo de esta terapia es interpretar los conflictos que presenta el paciente y trabajar sobre los mismos para que dejen de producir estados de ánimo negativos (MSSSI, 2014). La terapia psicodinámica breve asume que las emociones, conscientes o inconscientes, y los mecanismos de defensa son los que contribuyen a los estados de ánimo negativos que están asociados con los trastornos depresivos (Parikh et al., 2009). Estas emociones vienen dadas por los conflictos que presenta el paciente, ya sean recientes u originados en la infancia y que no se hayan resuelto.

Queda por describir la terapia cognitivo-conductual, considerada eficaz para el tratamiento de la depresión, mencionada tanto en la guía del MSSSI como en múltiples revisiones sistemáticas (Cuijpers, 2015, 2017; NICE, 2009; Parikh et al., 2009).

1.2.4. Terapia cognitivo-conductual

Esta terapia fue desarrollada a partir del modelo cognitivo de la depresión postulado por Aaron Beck en el año 1963, en su artículo “*Thinking and Depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions*” (Beck, 1963). Posteriormente, este modelo fue ratificado y desarrollado junto a sus colaboradores (Beck, 1964 1967, 1983, 1987, 1991; Beck y Bredemeier, 2016; Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979). El modelo cognitivo de la depresión postulaba que una amplia variedad de pensamientos negativos aparece en pacientes con un trastorno depresivo. Este tipo de pensamientos son automáticos, es decir, la persona no tiene ningún control sobre cuando se activan. Además, estos pensamientos son errores cognitivos sistemáticos, lo que implica que no son una excepción, sino que se producen de manera continuada. Estos pensamientos tienen prioridad a la hora de seleccionar que información se procesará primero, por lo que afectan a las creencias y suposiciones más básicas de la persona sobre todo lo que le rodea, es decir, sobre el mundo, sus expectativas sobre el futuro y el mismo. Beck denominó a esto como la triada cognitiva. Estas creencias y suposiciones se agrupan formando esquemas, los cuales se activan cuando la persona pasa por una depresión produciendo los pensamientos negativos, y estos a su vez los sentimientos típicos de la depresión (Beck, 1963).

Posteriormente este modelo fue renombrado por Beck y sus colaboradores (p. ej. Beck, 2016) pasando a ser conocido como terapia cognitivo-conductual. En este enfoque los terapeutas guían a los pacientes a través de un proceso en el cual evalúan si las cogniciones de los pacientes se adecuan a la realidad y les enseñan a modificar estas percepciones para que sean más adaptativas, este procedimiento es conocido como reestructuración cognitiva y es una de las piedras angulares de la terapia cognitivo-conductual. A este proceso se agregó un componente comportamental, los experimentos conductuales, mediante el cual se le daba

al paciente herramientas para poder modificar estos pensamientos a partir de examinar las consecuencias de ponerlos en práctica.

En el año 1983 Beck implementó la idea de que la personalidad afecta al trastorno depresivo, esto se convirtió en el conocido como modelo de vulnerabilidad cognitiva que es el resultado de aplicar el modelo cognitivo-conductual de Beck a las psicopatologías. Beck postulaba que si una persona sufre un evento estresante congruente con sus esquemas desadaptativos latentes esta persona tendrá una mayor posibilidad de desarrollar un trastorno depresivo que otra con unos esquemas desadaptativos diferentes o con esquemas adaptativos (Beck, 1983; Toro Tobar, Arias López, y Sarmiento López, 2016). En el año 1991, Beck añade un nuevo concepto a su modelo, el concepto de “modos múltiples”, que hace referencia a una serie de suborganizaciones de la personalidad, que estarían formadas por aspectos cognitivos, afectos, conductuales y motivaciones (Beck, 1991; Caro, 2013).

La última formulación del modelo cognitivo-conductual de la depresión fue llevada a cabo por Beck y Bredemeier (2016). En esta revisión del modelo los autores intentan explicar la depresión desde una perspectiva integral, para ello intentan unir las perspectivas clínica, cognitiva, biológica y evolutiva. En este modelo Beck integra conceptos que ya aparecían en sus antiguos modelos, como el de personalidad o el de la triada cognitiva, con un nuevo concepto que denominó predisposición. Dentro de este concepto se engloban los factores de vulnerabilidad, tanto genéticos como situaciones vitales estresantes durante la infancia, los sesgos del procesamiento de la información, la reactividad biológica al estrés para la cual la persona esta predispuesta genéticamente y la formación de creencias. En este modelo Beck incluye la genética como parte fundamental para explicar el trastorno depresivo.

A pesar de que la teoría de Beck ha ido evolucionando a lo largo de los años el tratamiento cognitivo-conductual no se ha visto afectado de modo alguno por estas

modificaciones, ya que se ha estado utilizando como terapia de referencia desde el siglo pasado y ha demostrado ampliamente su eficacia. Tanto es así que se ha convertido en la terapia con mayor evidencia científica, algunos autores incluso llegan a opinar que la terapia cognitivo-conductual es el mejor estándar que tenemos actualmente en el campo de la psicoterapia para el tratamiento de los trastornos depresivos (David, Cristea, y Hofmann, 2018). Además, la intervención cognitivo-conductual es una de las terapias más recomendadas por los expertos (APA, 2016) para el tratamiento de la depresión. Esto se debe a la existencia de decenas de estudios que han investigado la eficacia de esta terapia (Cuijpers et al., 2010), convirtiéndola en la psicoterapia más investigada hasta el momento (David et al., 2018). Diversos estudios han comprobado, mediante ensayos clínicos aleatorizados, que este tratamiento de la depresión es eficaz. Estos estudios han comprobado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual mediante la comparación con la terapia farmacológica, con grupo control en lista de espera, con grupo control que continuaron con su tratamiento habitual o con grupo control que solo recibió un tratamiento placebo (Cuijpers, 2017).

Las investigaciones demuestran que la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que cualquier condición control (lista de espera, tratamiento habitual o grupo placebo) con un tamaño del efecto grande (Beltman, Oude Voshaar, y Speckens, 2010; Cuijpers et al., 2013; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, y Fang, 2012; van Straten, Geraedts, Verdonck-de Leeuw, Andersson, y Cuijpers, 2010) y comparándola con la terapia farmacológica ha demostrado su eficacia con tamaños del efecto que varían entre pequeños y medios (Cuijpers et al., 2013; David, Szentagotai, Lupu, y Cosman, 2008; Dunlop et al., 2012; Hofmann et al., 2012; Vos et al., 2004) dependiendo de la severidad del trastorno depresivo. También existen múltiples estudios que han comparado la terapia cognitivo-conductual con diferentes psicoterapias (Cuijpers, 2017), pero ninguna de estas psicoterapias ha demostrado ser sistemáticamente superior a la terapia cognitivo-conductual (Hofmann et al., 2012).

Debido a la amplia eficacia demostrada por esta terapia se han investigado diferentes formatos de aplicación de la misma con la idea de aumentar aún más su eficacia para el tratamiento de la depresión. Alguno de los formatos que se han investigado ha sido el formato grupal, que también ha demostrado su eficacia (Schaub et al., 2018) y la aplicación a través de páginas web (Andersson et al., 2005; Barak, Hen, Boniel-Nissim, y Shapira, 2008; Christensen, Griffiths, Korten, Brittliffe, y Groves, 2004; Christensen, Griffiths, y Jorm, 2004), cuya eficacia también ha sido demostrada, aunque para casos menos graves.

Pero no todos los autores están de acuerdo con que la terapia cognitivo-conductual sea el mejor tratamiento que se tiene en psicoterapia para los trastornos del estado de ánimo (Leichsenring y Steinert, 2017). Por tanto, a pesar de todas las investigaciones que se han realizado, aún se debe desarrollar más este campo para poder ampliar la diversidad y la calidad de las psicoterapias en el tratamiento de la depresión. Así, durante los últimos años se han seguido desarrollando e investigando nuevas intervenciones para el tratamiento del trastorno depresivo mayor, como la terapia centrada en dilemas (Feixas et al., 2014).

1.2.5. Terapia centrada en dilemas

La terapia centrada en dilemas (TCD) surge del modelo de la teoría de los constructos personales (TCP), propuesta por George Kelly en el año 1955 mediante su obra titulada “*The psychology of personal constructs*”, la cual estaba compuesta de dos volúmenes (Kelly, 1955/1991). Kelly desarrolló esta teoría basándose en la epistemología constructivista (Feixas y Villegas, 2000), la cual implica que las personas no somos capaces de conocer la realidad tal como es, ya que la realidad se construye mediante las atribuciones y experiencias de la persona que la percibe. Kelly tomó esta idea como base para crear su teoría, la cual se inició con “la metáfora prodigiosa” que utilizaba la figura del científico como símil para explicar el proceso por el cual una persona interpreta la realidad (Kelly, 1955/1991). El proceso

representado mediante esta metáfora comienza cuando la persona crea una hipótesis sobre algún evento que fuese a suceder en el futuro en base a su experiencia previa. Tras la finalización del evento la persona comprueba si sus hipótesis eran acertadas o no y consecuentemente con los resultados la persona modifica la forma en que construye su realidad. Kelly indicaba que estos procesos no tienen por qué ser conscientes y que se están realizando de manera continuada.

A raíz de esta metáfora, Kelly formuló su teoría (1955/1991), la cual consta de un postulado fundamental y once corolarios que lo complementaban. El postulado indica que los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que anticipa los acontecimientos. Los corolarios que lo complementan son los siguientes:

1. Corolario de construcción: la persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas, es decir, la persona construye significado en base a su experiencia pasada.
2. Corolario de individualidad: las personas difieren entre ellas respecto a su construcción de los acontecimientos.
3. Corolario de organización: cada persona desarrolla característicamente, para su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos.
4. Corolario de dicotomía: el sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos.
5. Corolario de elección: una persona escoge para sí misma aquella alternativa de un constructo dicotómico mediante la cual anticipa una mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema.

6. Corolario de ámbito: un constructo sólo es conveniente para la anticipación de un ámbito finito de acontecimientos.
7. Corolario de la experiencia: el sistema de construcción de una persona varía conforme la persona va construyendo las réplicas de los acontecimientos.
8. Corolario de modulación: la variación en el sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos dentro de cuyo ámbito de conveniencia se encuentra las variantes.
9. Corolario de fragmentación: una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí.
10. Corolario de comunalidad: los procesos psicológicos de dos personas serán similares en la medida en que empleen una construcción similar de la experiencia.
11. Corolario de sociabilidad: Una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra persona en la medida en que construya los procesos de construcción de esa persona.

A partir de estos corolarios Kelly postuló como funciona el sistema de constructos de una persona mediante el cual interpreta su realidad. Este sistema está compuesto por un buen número de constructos, que son las unidades más básicas de conocimiento y análisis. Un constructo es una discriminación bipolar que está compuesta por dos polos opuestos (bueno-malo, feliz-triste, amable-arisco), que son organizados de forma jerárquica existiendo de este modo algunos constructos subordinados a otros superiores. Los constructos superiores en la jerarquía son denominados constructos nucleares y son aquellos que definen la identidad de la persona. Estos constructos están conectados con otros subordinados, que son denominados constructos periféricos.

Estos constructos, tanto los nucleares como los periféricos, están en constante revisión la cual se realiza mediante el ciclo de la experiencia que la persona experimenta cada vez que tiene que hacer frente a un evento o situación. Este ciclo (véase figura 1) contempla que la persona hace anticipaciones al evento, tras esto se plantea como actuar frente al evento, una vez que el evento ha sucedido la persona comprueba si sus anticipaciones eran correctas o no y, por último, si fuese necesario, la persona revisa su sistema de constructos (Kelly, 1970). A veces la persona puede sentir emociones negativas cuando se invalidan sus anticipaciones, la intensidad de estas emociones depende de la posición jerárquica del constructo que se ha invalidado (cuanto más nuclear más intensas las emociones).

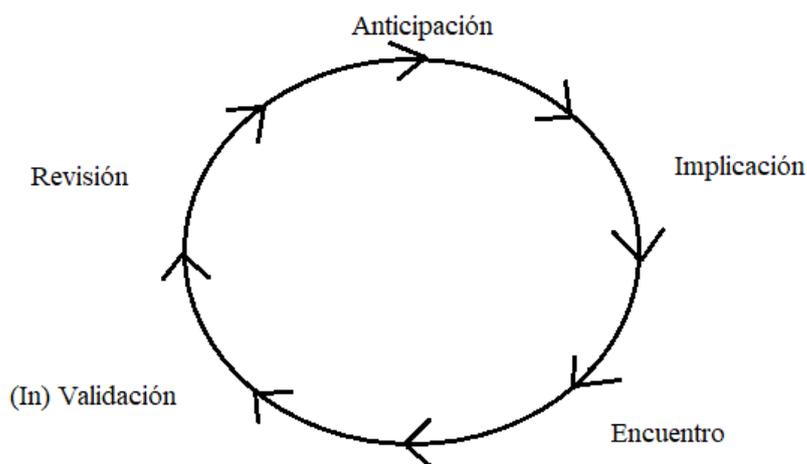


Figura 1. Ciclo de la experiencia

Cuando el ciclo de la experiencia no se realiza correctamente, ya sea debido a un fallo o a una interrupción en alguno de los pasos (Neimeyer y Feixas, 1989), tiene como consecuencia que la persona no sea capaz de revisar y modificar un constructo aunque este haya sido invalidado. Kelly (1955/1991) postuló que el trastorno aparece cuando un constructo se usa repetidamente, a pesar de que cada una de las veces que se usa se demuestra

su invalidez. Aunque Kelly matizó que no cualquier invalidación del constructo conlleva la modificación de la anticipación, esto estará mediado por la posición jerárquica que ocupe el constructo. Algunas veces el sistema no modificará los constructos inválidos debido a que estos forman parte de la identidad de la persona y la modificación de los mismos haría peligrar su continuidad psicológica. Por tanto, la terapia de constructos personales postula que los constructos con los que la persona construye su experiencia son clave para comprender los diversos trastornos existentes entre ellos el trastorno depresivo mayor y la distimia.

Para poder conocer, analizar y entender los constructos que componen el sistema de cada individuo Kelly desarrolló la técnica de la rejilla (Feixas y Cornejo, 1996; Fransella, Bell, y Bannister, 2004), la cual ha sido muy utilizada para distintos fines (López-González, 2016). Este instrumento consiste en una entrevista semiestructurada durante la cual se le pide al entrevistado que enumere personas importantes en su vida, como pueden ser su madre, padre, amigos, él mismo, etcétera... Estas personas importantes en su vida serán denominadas elementos, entre los cuales pueden existir algunos predeterminados (“yo ideal”, “persona no grata”) y otros agregados debido al objetivo de la investigación (como “yo antes del dolor”). Tras esto el entrevistador comienza a preguntarle a la persona por similitudes o diferencias entre pares de elementos, de este modo la persona elicitaba uno de los polos de cada uno de los constructos con los que la persona interpreta su realidad. Tras esto se le pide que indique cuál sería el polo contrario de cada uno de los constructos elicitados. Por último, la persona asigna una puntuación a cada elemento en cada uno de los constructos según el polo del constructo al que más se aproxime el elemento. Una vez completada esta técnica obtendremos una matriz de puntuaciones que puede ser analizada mediante un software que devuelve las características del sistema de construcción de la persona (Feixas y Cornejo, 1996, 2002), entre las cuales destaca la detección de conflictos cognitivos.

Los conflictos cognitivos tienen una larga tradición en psicología, no solo desde la perspectiva de los constructos personales sino también desde otras perspectivas (Feixas, Saúl y Ávila-Espada, 2009). El enfoque psicoanalítico utilizó el concepto de conflicto para referirse a los estados psíquicos en los que diversas fuerzas (ello, yo y superyó) contrarias se oponen (Laplanche y Pontalis, 1967). Estos conflictos pueden manifestarse en diversos síntomas, trastornos de conducta o trastornos de la personalidad. Dentro del enfoque cognitivo social algunos autores postulan que las disonancias generan una motivación para eludir o resolver las cogniciones contradictorias (Heider, 1946; Festinger, 1957). Dentro de la psicología evolutiva, Piaget (p. ej., 1974) utilizó el término “conflicto cognitivo” para describir las contradicciones que experimenta un niño cuando intenta explicar ciertos eventos, esto causa un desequilibrio cognitivo y el niño debe reorganizar sus procesos intelectuales para resolver este conflicto.

Los dilemas implicativos (DI) (Feixas y Saúl, 2004) se producen cuando el cambio en un constructo determinado, normalmente se trata de un constructo discrepante, implica que se debería de cambiar otro constructo que es relevante y congruente para la persona, además de que le sigue siendo de utilidad para su sistema de constructos, es decir, estos dilemas aparecen cuando la persona presenta una resistencia al cambio. Anteriormente se han mencionado los conceptos de constructo congruente (ej., modesto vs. arrogante) e discrepante (ej., tímido vs. sociable), conceptos que se explican a continuación: un constructo congruente es aquel que presenta el mismo polo para los elementos “yo actual” y “yo ideal”, mientras que un constructo discrepante es aquel en el que se presenta el “yo actual” en un polo diferente que en el “yo ideal”. En el ejemplo anterior, “sociable” implica “arrogante” y “tímido” implica “modesto”.

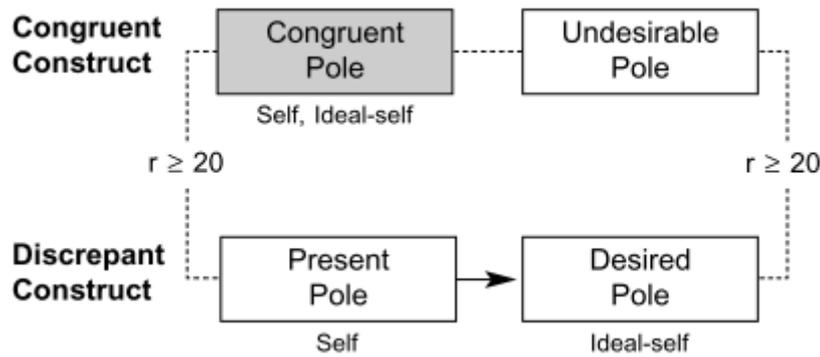


Figura 2. Estructura básica de un dilema implicativo derivado de la técnica de la rejilla (Feixas y Saúl, 2004)

Hinkle (1965/2010) planteó que algunos pacientes asociaban su sintomatología o trastorno con características positivas de su personalidad, por lo que la mejora de los síntomas implicaría la desaparición de estas características positivas, lo que genera en la persona una resistencia al cambio. Ryle (1979) postuló que los dilemas pueden ser debidos a que la persona presenta falsos supuesto de asociación, es decir, que la persona asocia alguna característica con otra de forma que la primera implica automáticamente la segunda (“siento que si soy presumida, entonces tengo que ser materialista”). Otra forma en la que se presentan los dilemas es cuando la persona presenta falsas dicotomías las cuales no les permite ver más opciones.

Los otros posibles conflictos cognitivos que se pueden presentar en el sistema de constructos son los llamados constructos dilemáticos (CDs). Estos son definidos como aquellos constructos en los cuales ninguno de los polos del constructo es totalmente deseable para la persona, ya que ambos polos presentan ventajas y desventajas para la descripción que la persona hace del sí mismo. En estos constructos el “yo ideal” se presenta en el punto medio, no siendo ubicado en ninguno de los polos. Si una persona presenta un alto número de constructos dilemáticos como parte de su sistema de constructos puede ser debido a la falta

de constructos con significado viables y podría derivar en situaciones de bloqueo (Saúl, 2005) ya que la persona no sabría cómo hacer frente a algunas situaciones.

Se ha demostrado que los dilemas implicativos están relacionados con diversos trastornos como: los trastornos de ansiedad (Melis et al., 2011), el trastorno distímico (Montesano et al., 2016), el trastorno depresivo mayor (Feixas et al., 2014, 2016) y en otros trastornos (véase Montesano, López-González, Saúl y Feixas, 2015). Otro descubrimiento importante es que los dilemas implicativos disminuyen con la terapia y con ellos también disminuyen los síntomas (Feixas, Saúl, Winter, y Watson, 2008). Además, también se ha planteado que los conflictos cognitivos pueden explicar la recurrencia y recaídas de diversos trastornos (Feixas y Compañ, 2016).

Debido a este último descubrimiento, Feixas y Saúl (2000) propusieron un modelo de intervención centrado en los dilemas implicativos, pero no fue hasta el año 2006 en el cual Senra, Feixas, y Fernandes (2006) crearon un manual específico para este tipo de intervención. En este manual se presentaron 4 o 5 fases que se aplicaban durante 15 sesiones de psicoterapia, en las cuales se revisan y reconstruyen los significados de los constructos de la persona para poder solventar el conflicto que están produciendo los síntomas o el trastorno. Este tratamiento puede ser aplicado en la mayoría de los casos, con la excepción de las personas que se encuentren en situación de crisis o con diagnóstico de los denominados como trastornos graves.

Las fases que componen este tratamiento son las siguientes:

- Primera fase. El objetivo de esta fase es la recopilación de información, comprensión del problema del paciente, establecer objetivos terapéuticos y la creación de un buen vínculo terapéutico con el paciente.

- Segunda fase. Se localiza el dilema o dilemas que presenta la persona en base a la técnica de rejilla y como estos se relacionan con los síntomas.
- Tercera fase. Se elabora el dilema o dilemas identificados en la fase anterior y se trabaja con él para que la persona pueda comprenderlo y encontrar una manera alternativa de construir su sistema de constructos.
- Cuarta fase. En caso de que la persona no haya logrado resolver su dilema o dilemas en la etapa anterior se utiliza la técnica de rol fijo (Kelly, 1955/1991) adaptada de forma que la persona represente su vida sin el dilema.
- Quinta fase. Se finaliza el tratamiento y se lleva a cabo la sesión de cierre.

Partiendo de este manual, Feixas y Compañ (2015, 2016) elaboraron un nuevo manual de aplicación de la terapia centrada en dilemas para el tratamiento del trastorno depresivo mayor y la distimia, aunque en este caso no se considera una terapia completa sino una propuesta de intervención que se incluye en un proceso terapéutico más amplio. En este caso la terapia estaba compuesta por 8 sesiones de tratamiento, durante las cuales se trabajaba con el dilema o dilemas para que la persona pudiera resolverlos y de este modo disminuir su ambivalencia y progresar firmemente en la terapia, además de prevenir recurrencias y recaídas. Esta intervención utiliza técnicas como la varita mágica, la técnica de escalamiento (Hinkle, 1965/2010) mediante la cual se intenta comprender la jerarquía de los constructos de la persona, la técnica del diálogo con las dos sillas (Perls, Hefferline, y Goodman, 1951) que consiste en que la persona se siente alternativamente en cada una de las sillas (las cuales representan cada uno de los polos del conflicto). De ese modo la persona puede mantener un dialogo con ella misma en la que se encuentra representada por cada uno de los polos del conflicto.

A continuación, se muestra un resumen de los objetivos de cada una de las sesiones:

- Primera sesión. Se localiza el dilema (en la rejilla que se había administrado en la evaluación pre-terapia) y se le presenta al paciente.
- Segunda sesión. Se elabora el dilema, es decir, se le plantea a la persona el conflicto que está sufriendo y se explora el sentido que tiene a la hora de construir al yo y a los otros.
- Tercera sesión. Se analiza en qué facetas de la vida cotidiana de la persona el dilema le está afectando y de qué modo.
- Cuarta sesión. Se continua con la elaboración del dilema. En esta sesión se trabaja principalmente con las implicaciones relacionales del dilema, es decir, como los otros significativos participan del mismo e influyen en su modo de construir la realidad. En esta sesión también se comienzan a generar constructos alternativos.
- Quinta sesión. Se busca entender el papel que ha tenido el dilema a lo largo de la vida de la persona.
- Sexta sesión. Se intentan integrar las diferentes partes del dilema, para ello se realiza un diálogo con cada una de estas partes. El objetivo es la integración y/o resolución del dilema.
- Séptima sesión. Se intenta que la persona vea su vida sin el dilema para que la persona de sentido a la resolución del dilema de modo que sea coherente con su sentido de identidad.
- Octava sesión. Esta sesión existe para que pueda ser utilizada si alguna de las fases anteriores no se ha completado con una sesión y necesitan una sesión extra.

Esta intervención individual, aplicada después de la terapia cognitivo-conductual grupal, ha demostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno depresivo mayor y la distimia, obteniendo una mejora de los síntomas depresivos en el mismo grado que el grupo en el que solo se aplicó terapia cognitivo-conductual (véase tabla 1) (Feixas et al., 2016, 2018; Paz, 2016).

Tabla 1
Resultados del artículo de Feixas et al. (2018)

Time	Treatment condition		Comparison between treatment conditions		
	CBT _{group} + CBT _{individual} BDI-II Mean (SD)	CBT _{group} + DFI _{individual} BDI-II Mean (SD)	Mean Estimate of adjusted effects between treatment conditions ^a	p-value	95% CI
Intention-to-treat sample (N = 128)					
Post-treatment	23.71(15.22)	21.60(15.50)	1.25	0.61	-3.72, 6.23
Three-month follow-up	23.88(15.95)	23.00(15.04)	-1.39	0.59	-6.63, 3.84
One-year follow-up	22.58(15.67)	21.03(15.01)	1.45	0.60	-4.08, 6.98
Complete cases (1-year follow-up: n = 77)					
Post-treatment	21.41(14.65)	19.60(15.49)	1.70	0.56	-4.19, 7.60
Three-month follow-up	21.34 (15.53)	21.80(15.61)	-1.17	0.69	-7.16, 4.82
One-year follow-up	20.34 (14.19)	17.71(14.24)	1.77	0.55	-4.13, 7.67

Note. BDI-II = Beck Depression Inventory-II; CI = Confidence Interval; CBT = Cognitive Behavioural Therapy; DFI = Dilemma-Focused Intervention.

Durante estos últimos epígrafes hemos podido apreciar que existen una gran cantidad de terapias eficaces diferentes para el tratamiento de la depresión. En las últimas décadas se han desarrollado varios tratamientos nuevos y una gran cantidad de investigaciones sobre los efectos de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión (Cuijpers, 2017). A pesar de todos estos avances, se siguen presentando pacientes con deterioro debido a la terapia (Cuijpers, Reijnders, Karyotaki, de Wit, y Ebert, 2018), que no mejoran y/o que abandonan (Rozental et al., 2014). Por lo que para aumentar la eficacia en el tratamiento de la depresión y reducir el abandono se han comenzado a indagar en nuevas ramas de investigación como las terapias personalizadas.

1.3.Relevancia de estudiar los diferentes patrones de síntomas en la depresión

1.3.1. Personalización de la terapia

Aunque diversas terapias se han demostrado eficaces en el tratamiento de la depresión aún se deben realizar más investigaciones, ya que múltiples estudios han demostrado que aún queda camino que recorrer en la mejora del tratamiento de la depresión (Cuijpers, Ebert, Acarturk, Andersson, y Cristea, 2016). Los siguientes datos demuestran porque se debe seguir investigando la psicoterapia para la mejora de los trastornos del estado de ánimo: los tratamientos eficaces para la depresión solo reducen en un 33% la carga de la enfermedad de la depresión (Andrews et al., 2004), un 40% de los pacientes no responden o solo responden parcialmente al tratamiento de la depresión siendo de solo un 33% el porcentaje de pacientes que están completamente recuperados tras el tratamiento (Hollon et al., 2002), los ratios de recaídas son estimados entre un 54% y un 85% dependiendo del tiempo transcurrido tras la recuperación del trastorno (Vittengl, Clark, Dunn, y Jarrett, 2007). Además de todo esto varias docenas de estudios afirman que no existen diferencias significativas cuando comparas la eficacia de las distintas psicoterapias para el tratamiento de la depresión, es decir, todas las psicoterapias que han mostrado su eficacia lo hacen en la misma medida (Barth et al., 2013; Cuijpers, 2014), aunque no todos los estudios son consecuentes con estos resultados (Tolin, 2010). Todo esto provocó que se buscarán nuevos métodos para mejorar la eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión mayor, de este modo comenzó la investigación de las psicoterapias personalizadas (Cuijpers, 2014). Algunos autores afirman que la terapia personalizada es una de las mejores opciones para mejorar los resultados de la terapia en el tratamiento de la salud en general (Katsanis, Javitt, y Hudson, 2008) y de la salud mental en particular (Cuijpers et al., 2012; Schneider, Arch, y Wolitzky-Taylor, 2015).

Las psicoterapias personalizadas intentan averiguar qué tratamiento es más efectivo para cada persona con un problema específico y bajo unas circunstancias determinadas (Paul, 1967), esto se consigue mediante la identificación de que características del individuo pueden predecir mejores resultados en un tratamiento específico que en otro. Para ello se analizan características sociodemográficas del paciente, sus preferencias, marcadores biológicos y características de la depresión que presenta, entre otras (Cuijpers et al., 2016).

Existen dos procedimientos dentro de los estudios de las psicoterapias personalizadas para la depresión, el primer procedimiento consiste en que un grupo de pacientes sin seleccionar realiza un tipo de psicoterapia y tras ello se comprueba si el grupo de pacientes que ha mejorado tenía algunas características específicas. El segundo procedimiento es que un grupo de pacientes con algunas características específicas es seleccionado y son derivados aleatoriamente a diferentes tipos de tratamientos, para comprobar de este modo si un tratamiento es más eficaz en esta población específica (Cuijpers et al., 2016).

Actualmente se está intentando convertir las terapias personalizadas en el estándar de tratamiento para la depresión, pero para poder realizar esto se deben de superar primero una serie de problemas como que las muestras necesarias para analizar las diferentes características de cada persona deben de ser enormes y actualmente la mayoría de los estudios no presentan muestras tan elevadas. Aunque tal vez esto sea solucionable gracias a las nuevas tecnologías de minería de datos que permitirían un nuevo enfoque de las psicoterapias personalizadas (Cuijpers et al., 2016). Los trastornos depresivos afectan a múltiples funciones de la persona tanto cognitivas (pensamientos negativos, sentimientos de culpa, etcétera...) como físicas (problemas de sueño, problemas relacionados con el apetito...) (Woo, Seo, McIntyre, y Bahk, 2016). Debido a esto, existen múltiples estudios que analizan variables que pueden influir en la mejora de la depresión como puede ser el género

(Cuijpers et al., 2014), la motivación (Frías Ibáñez, González Vallespí, Palma Sevillano, y Farriols Hernando, 2016) o la severidad de los síntomas (Bower et al., 2013). Aunque múltiples estudios han investigado como algunas características concretas afectan a los resultados de la terapia, el número de estudios que han investigado si se produce la mejora de unos síntomas de la depresión y no de otros dependiendo de la terapia o de algunas características de la persona son mucho más reducidos. Green y sus colaboradores (2016) investigaron si con la medicación se producía la mejora de unos síntomas concretos de la depresión y no de otros dependiendo de algunos factores como la masa corporal del sujeto o su sexo.

1.3.2. Tratamientos personalizados por los síntomas de la depresión

Por este motivo existen estudios que se han centrado en investigar en qué grado mejoran diversos síntomas según el tratamiento que se ha llevado a cabo. En el estudio de Meyerhoff, Young, y Rohan (2018) se compara la mejora de los diversos síntomas de un trastorno depresivo estacional, medidos estos a través de la guía de entrevista estructurada para la escala de clasificación de Hamilton en su versión para el trastorno afectivo de la depresión estacional, dependiendo de si la terapia utilizada fue la cognitivo-conductual o la terapia de luz brillante. Estos autores encontraron que los síntomas remitían en la misma medida con independencia de la terapia utilizada. Este estudio es un claro ejemplo del camino por el que está evolucionando la personalización de la terapia, el cual aún no se ha explorado en su profundidad.

2. Justificación y Objetivos

2.1. Justificación

La depresión es un trastorno muy heterogéneo, es decir, dentro de la depresión existen múltiples patrones sintomáticos diferentes. Debido a esto, pensamos que se podría alcanzar un criterio que permitiera, en función del patrón sintomático de cada paciente, recomendar una u otra. Además, abriría una nueva estrategia de investigación para comprobar qué intervención sería más adecuada para la mejora de cada uno de los síntomas.

A pesar de la existencia de anteriores estudios en los que se analizó la eficacia de la terapia centrada en dilemas y la terapia cognitivo-conductual para el trastorno depresivo mayor y la distimia, ninguno de estos estudios ha investigado cuán eficaces son cada una de estas terapias para la mejora de cada uno de los síntomas de la depresión. Es decir, esos estudios han encontrado que ambas intervenciones son igual de eficaces a nivel global (promedio de todos los ítems) pero no nos informan de cómo actúa cada una de estas terapias en relación a cada uno de los síntomas que componen la depresión. Así, hace falta investigar si, aunque ambas intervenciones son eficaces en el tratamiento de la depresión, cada una efectúa esta mejora de un modo diferente. Investigar estos aspectos más específicos puede tener gran relevancia debido a que, a pesar de que ambas terapias reduzcan los síntomas del trastorno depresivo mayor y la distimia, no se conoce si cada terapia impacta en síntomas diferentes ni tampoco la eficacia que tiene cada una de las terapias en la reducción de algún síntoma específico (p. ej., sueño, tristeza...). Si los resultados de la presente tesis aportaran que cada una de las intervenciones mejora un patrón sintomático diferente esto abriría un nuevo horizonte en la personalización de la psicoterapia para la depresión.

La principal aportación de esta tesis respecto a lo estudiado por Feixas y sus colaboradores (2016; 2018) es que se analizan las posibles diferencias entre cada una de las

intervenciones en la mejora de cada uno de los síntomas, representados estos por cada uno de los ítems del BDI-II, por separado y también agrupados por factores. En el presente estudio también se han utilizado las mediciones de cada uno de los ítems y de las escalas del CORE-OM, cuestionario que no ha sido utilizado en los análisis estadísticos presentados en los artículos anteriormente mencionados. A pesar de que las puntuaciones globales del CORE-OM si se detallan en la base de datos de libre acceso (osf.io/ew6jy/) utilizada por el artículo de Feixas y sus colaboradores (2018), no se analizan en dicho artículo ni con respecto a las puntuaciones medias ni con la puntuación de cada uno de los ítems de este cuestionario. En dicha base de datos tampoco aparecen las puntuaciones para cada uno de los factores del BDI-II. Otras investigaciones, además de las ya mencionados, han formado parte del estudio anteriormente mencionado, como el de Paz (2016). En este caso se analizaron las puntuaciones globales del BDI-II y del CORE-OM para estimar la eficacia de la intervención centrada en dilemas, pero como sucede en los artículos de Feixas y colaboradores (2016; 2018), Paz (2016) tampoco analizó las puntuaciones de cada factor y de cada uno de los ítems de ambos cuestionarios. Así pues, esta tesis no constituye solo un re-análisis de dicha base de datos, sino que se le tuvieron que introducir los datos de la puntuación de cada uno de los ítems del CORE-OM y calcular la puntuación de cada factor del BDI-II.

2.2. Objetivos

Esta tesis parte de un estudio anterior (Feixas et al., 2016, 2018) en el que se observa que la intervención centrada en dilemas tiene en general el mismo resultado que la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno depresivo mayor y la distimia. Nuestra investigación pretende abordar la cuestión de si cada una de estas intervenciones promueve cambios sintomáticos distintos, aunque las puntuaciones globales sean equivalentes. Los síntomas estudiados se representan con los diversos factores e ítems del CORE-OM y del

BDI-II. La finalidad última de nuestra investigación es poder alcanzar un criterio que permita recomendar una u otra intervención terapéutica en función del patrón sintomático de los pacientes, es decir, nos permitiría ofrecer a cada paciente la terapia que más se adecuase en su caso.

Con relación a este objetivo, proponemos los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar si las puntuaciones de cada uno de los factores del BDI-II, el cognitivo y el somático, varían dependiendo de si se ha llevado a cabo la intervención centrada en dilemas o la intervención cognitivo-conductual.

-Determinar si las puntuaciones de cada uno de las escalas del CORE-OM, el de bienestar, funcionamiento, problemas y riesgo, varía en función de la intervención realizada.

-Medir si las puntuaciones de cada uno de los ítems del BDI-II varían dependiendo de la intervención llevada a cabo.

-Analizar si las puntuaciones de los ítems del CORE-OM muestran diferencias según la intervención realizada.

Debido la ausencia de estudios previos y de bases conceptuales para contrastar, este trabajo tiene un carácter exploratorio orientado a generar hipótesis que sirvan de base para futuros estudios. A continuación se indica el procedimiento que realizamos durante nuestro estudio para generarlas. En primer lugar, analizamos si existen diferencias en los factores del BDI-II y del CORE-OM dependiendo de cuál de las dos intervenciones hayamos realizado. Investigamos la posible existencia de diferencias antes del tratamiento, después del tratamiento y durante el seguimiento. A continuación, exploramos si existen diferencias en cada uno de los ítems de ambos cuestionarios dependiendo de la intervención realizada.

2. Método

3.1. Diseño

El presente estudio está basado en un ensayo clínico aleatorizado y controlado para determinar la eficacia de la terapia centrada en dilemas como un complemento para la terapia cognitivo-conductual (Feixas et al., 2016), es decir, se trata de un reanálisis de los datos obtenidos en ese estudio. La intervención centrada en dilemas empleada corresponde a un paquete basado en Senra y sus colaboradores. Partiendo de la base de este paquete, la intervención consta de dos fases: intervención grupal, en la que se aplicaba la intervención cognitivo-conductual, y una segunda fase que correspondía con la intervención individual, en esta fase se realizó la aleatorización del tratamiento (ejecutada mediante un programa online que fue utilizado por parte de un miembro del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la *Universitat de Barcelona* no involucrado en el estudio) que se aplicó a cada uno de los participantes.

3.2. Participantes

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

La muestra estuvo compuesta por participantes de Barcelona y alrededores los cuales eran usuarios de centros de atención primaria (CAP Les Hortes, CAP Manso), centros de salud mental (CSMA Nou Barris Nord, CSMA Sants, CSM Montjuic, CSM Santa Coloma), la *Associació Catalana de Teràpies Cognitives* o la *Fundació Sant Pere Claver*. Los usuarios que fueron derivados desde estos centros debían cumplir una serie de criterios de inclusión para participar en el estudio. Los criterios de inclusión fueron: (1) tener una edad comprendida entre los 18 y los 70 años; (2) cumplir los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (APA, 2000) para un

trastorno depresivo mayor o un trastorno distímico; (3) obtener una puntuación igual o superior a 20 en el BDI-II (Beck, Steer, y Brown, 1996) y (4) presentar al menos un conflicto cognitivo detectado con la técnica de la rejilla (Feixas y Saúl, 2004).

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: (1) presencia de trastorno bipolar, trastorno maniaco o hipomaniaco, síntomas psicóticos o de abuso de sustancias; (2) trastorno del desarrollo intelectual o disfunciones orgánicas; (3) ideación suicida grave en el momento de la evaluación inicial del estudio; (4) estar asistiendo actualmente a cualquier otro tipo de tratamiento psicológico; (5) presentar déficits limitantes auditivos, cognitivos o visuales y (6) no poder comunicarse en español o catalán.

La presencia de algunas comorbilidades como los trastornos de ansiedad, de personalidad, alimenticios o el consumo de psicofármacos no fueron motivos de exclusión. Aunque estas características fueron exploradas durante la evaluación, además también fueron registradas en las características de la muestra.

Los participantes derivados por los centros fueron un total de 460 (véase figura 3), de estos pudimos evaluar a 315. Los que cumplieron los criterios de inclusión fueron 197, de los cuales 141 comenzaron la fase grupal. Este módulo lo terminaron un total de 128 participantes que aleatoriamente fueron asignadas a un tipo de intervención: intervención centrada en dilemas ($n = 65$) o intervención cognitivo-conductual ($n = 63$). Esta fase del tratamiento fue completada (incluyendo la evaluación de final de terapia) por 112 participantes, de los cuales 97 realizaron la evaluación a los tres meses. Por último, solo 80 participantes realizaron la evaluación que se cumplimentó tras un año de tratamiento.

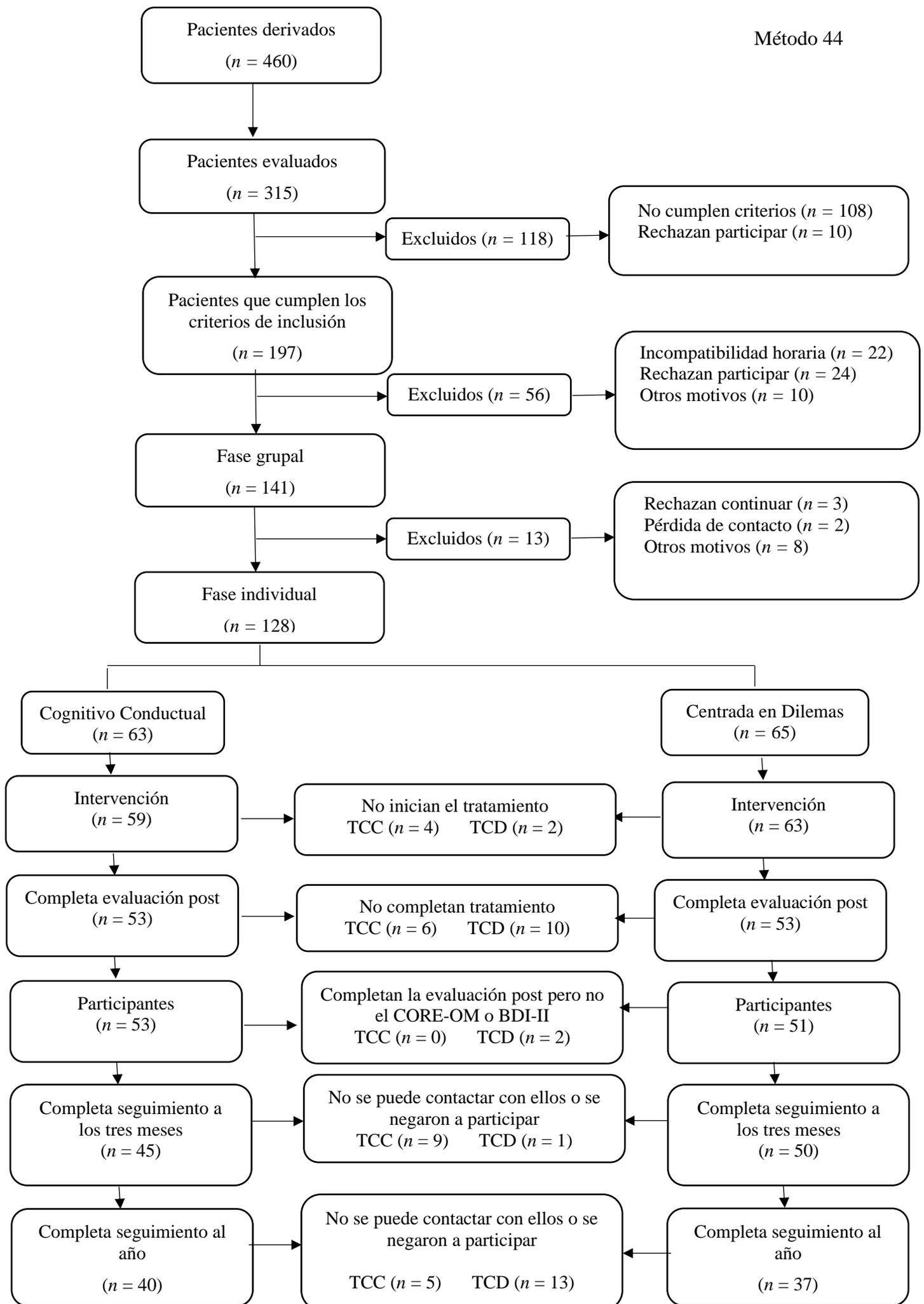


Figura 3. Diagrama de flujo

3.2.2. Características de la muestra

La muestra estuvo formada principalmente por mujeres ($n = 88$, 78.6%), con una media de edad de 49.57 años, la mayoría de los participantes tenían estudios de bachillerato o superiores ($n = 84$, 74.2%) y más de la mitad estaban casados ($n = 63$, 56.3%). Respecto a la situación laboral solo un 28.6% ($n = 32$) estaba en activo. Con relación al diagnóstico, la gran mayoría presentaban un trastorno depresivo mayor ($n = 105$, 93.7%) con una media de episodios depresivos de 2.08 años de duración y un 20.5% de la muestra declaró haber tenido ideación suicida en el pasado. Los síntomas depresivos fueron medidos mediante el inventario de depresión de Beck-segunda edición (BDI-II) (Beck et al., 1996), la puntuación media de los participantes en este inventario ($M = 36.69$; $DT = 9,60$) equivaldría a una sintomatología grave. Los participantes también presentaron una puntuación de la actividad global comprendida entre 50-60 (75.1%), lo que indica la presencia de síntomas de una gravedad comprendida entre moderada y grave. Respecto al malestar psicológico, medido por el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures* (CORE-OM) (Evans et al., 2000), los participantes obtuvieron una puntuación media de 2.13 ($DT = 0,75$), lo que implica presencia de malestar entre moderado y severo (véase tabla 2).

Tabla 2
Características demográficas de las participantes que completan el tratamiento

Características		
Sexo <i>n</i> (%)	Mujer	84 (79.2%)
	Hombre	22 (20.8%)
Estado civil <i>n</i> (%)	Casado/En pareja	61 (57.5%)
	Divorciado/Separado	29 (27.4%)
	Soltero	11 (10.4%)
	Viudo	5 (4.7%)
Media edad <i>n</i> (DT)		49.90 (11.091)
Nivel académico <i>n</i> (%)	Enseñanza primaria o inferior	21 (19.8%)
	Enseñanza secundaria	6 (5.7%)
	Bachillerato o equivalente	20 (18.9%)
	Formación profesional	32 (30.2%)
	Estudios superiores incompletos	6 (5.7%)
	Enseñanza superior	21 (19.8%)
	En activo	31 (29.2%)
Situación laboral <i>n</i> (%)	En paro	24 (22.6%)
	Bajo laboral	22 (20.8%)
	Ama de casa	9 (8.5%)
	Jubilado	9 (8.5%)
	Incapacidad laboral	7 (7.5%)
	No aplicable	2 (1.9%)
Media de episodios depresivos <i>n</i> (DT)	Excedencia	1 (0.9%)
		2.05 (1.403)
Intento de suicidio <i>n</i> (%)	No	84 (79.2%)
	Si	22 (20.8%)
	Si	84 (79.2%)
Medicación <i>n</i> (%)	No	19 (17.9%)
	Perdidos	3 (2.8%)

3.3. Medidas e Instrumentos

3.3.1. Inventario de depresión de Beck segunda edición (BDI-II)

El BDI-II (Beck et al., 1996, adaptado al castellano por Sanz, Perdigón, y Vázquez, 2003) fue utilizado para evaluar la existencia y gravedad de los síntomas depresivos. Estos son medidos por 21 ítems tipo Likert que evalúan diversos síntomas de la depresión que incluyen todos los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico.

Cada ítem contiene cuatro opciones de respuestas en una escala de 0-3 que indican la severidad de ese síntoma. Las únicas excepciones son el ítem 16 (cambios en el patrón del sueño) y el 18 (cambio en el apetito) que presentan siete posibles opciones de respuesta puntuadas, aunque estas se puntúan del mismo modo que el resto de los ítems (de 0-3). Los participantes seleccionaron una única opción en cada uno de los ítems, esta opción correspondía a la que mejor se ajustaba a la presencia de ese síntoma durante las dos últimas semanas.

El BDI-II presenta dos factores, el cognitivo-afectivo (compuesto por 9 ítems) y el somático-motivacional (compuesto por 7 ítems), los cinco ítems restantes no pertenecen a ninguno de los dos (véase tabla 3) (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, y Vázquez, 2005; Sanz, Navarro, y Vázquez, 2003; Sanz et al., 2003a).

Tabla 3
Relación de los ítems del BDI-II con sus factores

Ítem	Factor
1. Tristeza	Factor Cognitivo-Afectivo
2. Pesimismo	No pertenece a ningún factor
3. Fracaso	Factor Cognitivo-Afectivo
4. Pérdida de placer	Factor Somático-Motivacional
5. Sentimientos de culpa	Factor Cognitivo-Afectivo
6. Sentimientos de castigo	Factor Cognitivo-Afectivo
7. Disconformidad con uno mismo	Factor Cognitivo-Afectivo
8. Autocrítica	Factor Cognitivo-Afectivo
9. Pensamientos o deseos suicidas	Factor Cognitivo-Afectivo
10. Llanto	Factor Cognitivo-Afectivo
11. Agitación	No pertenece a ningún factor
12. Pérdida de interés	Factor Somático-Motivacional
13. Indecisión	No pertenece a ningún factor
14. Desvalorización	Factor Somático-Motivacional
15. Pérdida de energía	Factor Somático-Motivacional
16. Cambios de hábitos en el sueño	No pertenece a ningún factor
17. Irritabilidad	Factor Cognitivo-Afectivo
18. Cambios de apetito	Factor Somático-Motivacional
19. Dificultad de concentración	No pertenece a ningún factor
20. Cansancio o fatiga	Factor Somático-Motivacional
21. Pérdida de interés en el sexo	Factor Somático-Motivacional

Nota: BDI = Inventario de Depresión de Beck-segunda versión

La puntuación total de este inventario se calcula sumando la puntuación de cada uno de los ítems pudiendo obtener un total que oscila entre 0 (ausencia de síntomas) a 63 (nivel más alto de gravedad). La puntuación permite establecer cuatro estratos según la gravedad de los síntomas; 0-13 depresión mínima o fluctuación normal, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y de 29-63 depresión grave (Sanz et al., 2003).

El presente estudio fue realizado con la adaptación española del BDI-II (Sanz et al., 2003) en la que se reporta una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = 0.83), estabilidad temporal (con correlaciones test-retest entre 0.62 y 0.72) y validez convergente (con correlaciones entre 0.68 y 0.89) (Sanz y Vázquez, 2011). La alfa de Cronbach encontrada en nuestra muestra es $\alpha = 0.837$.

3.3.2. **Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures (CORE-OM).**

Aunque existen múltiples versiones del instrumento *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (de 5, 10, 18 o 34 ítems). En el presente estudio el cuestionario utilizado fue el CORE-OM (Evans et al., 2000; Feixas et al., 2012). Este instrumento psicológico fue aplicado para evaluar el grado de malestar del paciente y los resultados del tratamiento realizado. El CORE-OM es un cuestionario de autoinforme de 34 ítems tipo Likert (Anexo 1) que evalúa cuatro factores: bienestar subjetivo (compuesto por 4 ítems), problemas o síntomas (compuesto por 12 ítems), funcionamiento general (compuesto por 12 ítems) y riesgo (compuesto por 6 ítems). Cada ítem tiene cinco posibles opciones de respuesta que puntúan entre 0 y 4, a mayor puntuación mayor malestar psicológico. La puntuación de cada uno de los factores es la suma de las puntuaciones de los ítems de ese factor, dividida por el número total de ítems del factor. Debido a esto es una puntuación continua que varía de 0 a 4 para cada subescala. Además de las puntuaciones de cada factor con este cuestionario también se puede calcular la puntuación global del paciente. Esta puntuación se obtiene al eliminar las puntuaciones de los ítems que componen la escala de riesgo y dividir por los ítems respondidos pertenecientes al resto de escalas (Evans et al., 2000; Feixas et al., 2012).

El CORE-OM (Feixas et al., 2012) presenta una alta fiabilidad (alfa de Cronbach que varía entre 0.75 y 0.90 dependiendo de la dimensión), aceptable validez convergente (las correlaciones con el BDI-II y el SCL-90-R oscilan entre 0.61 y 0.88 dependiendo de la muestra) y estabilidad temporal (que varía entre 0.76-0.87)

(Trujillo et al., 2016). La alfa de Cronbach encontrada en nuestra muestra es $\alpha = 0.888$.

3.3.3. Otros instrumentos de evaluación utilizados en el estudio

- La entrevista SCID-I (First, Spitzer, Gibbon, y Williams, 1996) fue utilizada para identificar el diagnóstico de depresión (criterio de inclusión), el número de episodios depresivos que el paciente había experimentado, para recolectar los datos sociodemográficos del paciente, el consumo de psicofármacos o drogas y los tratamientos previos. Esta entrevista clínica semiestructurada fue aplicada por evaluadores entrenados.

- La escala HAM-D (Hamilton, 1960) fue utilizada para proporcionar validez convergente a los resultados obtenidos por el inventario BDI-II. El estudio fue realizado con la adaptación española de la escala Hamilton heteroaplicada para la depresión (Ramos-Brieva y Cordero, 1986). Esta escala presenta una fiabilidad alta (López-Pina, Sánchez-Meca, y Rosa-Alcázar, 2009).

- La Técnica de la Rejilla Interpersonal (TRI) (Feixas y Cornejo, 1996; Fransella et al., 2004) fue utilizada para evaluar la presencia de conflictos cognitivos. Esta técnica consiste en una entrevista semiestructurada cuyo objetivo es conocer la construcción del sí mismo del paciente. Esta técnica se puede encontrar en el anexo 2.

3.4. Tratamiento

El tratamiento fue compuesto por 16 sesiones repartidas en dos fases. La primera fase consistió en una intervención grupal dentro del enfoque cognitivo-conductual y se compuso de siete sesiones. La segunda fase consistió en terapia individual en uno de los dos modelos,

TCC o TCD, y se compuso de otras siete sesiones. La asignación a cada tipo de intervención individual se realizó por aleatorización. La última sesión fue una sesión grupal centrada en la prevención de recaídas que se utilizó como cierre del tratamiento.

3.4.1. Intervención grupal

Se estandarizó esta psicoterapia mediante un manual de tratamiento diseñado para el presente estudio (Bados y García-Grau, 2013), basado en el manual de terapia cognitiva de Beck y colaboradores (1978) y otras publicaciones que explicaban el procedimiento de la terapia cognitivo-conductual en detalle (p. ej., Fennell, 1989). Este manual especifica de manera detallada el contenido de las sesiones e incluye pautas de actuación frente a posibles problemas. Las sesiones se realizaron una periodicidad semanal y tuvieron una duración aproximada de dos horas. Estas sesiones fueron llevadas a cabo por dos terapeutas.

3.4.2. Intervención individual

3.4.2.1. Intervención centrada en dilemas

Investigadores con amplia experiencia clínica crearon un manual (Feixas y Compañ, 2015) que se siguió durante las ocho sesiones que se llevaron a cabo dentro de este módulo. El objetivo de estas sesiones eran redefinir las situaciones problemáticas en términos de dilemas. Estos dilemas se trabajaron de forma pautada durante la terapia. Las sesiones duraron aproximadamente una hora y tuvieron una frecuencia semanal.

3.4.2.2. Intervención cognitivo-conductual

Las ocho sesiones correspondientes a este modelo de terapia se realizaron siguiendo un manual desarrollado para este estudio (Bados y García-Grau, 2013). Este manual fue creado teniendo en cuenta que los participantes ya habían terminado la terapia grupal

realizada en el mismo enfoque. Las sesiones tuvieron una frecuencia semanal y con una duración aproximada de una hora.

3.5. Terapeutas

Cuarenta y cuatro terapeutas realizaron las sesiones de psicoterapia, veintidós de los cuales condujeron la terapia cognitivo-conductual y otros veintidós la intervención centrada en dilemas. Estos terapeutas eran licenciados o graduados en Psicología que contaban con experiencia y formación, obtenidas a través de un máster, con formación especializada en cada uno de los enfoques terapéuticos. Todos los terapeutas contaron con supervisión semanal llevada a cabo por terapeutas con más de cinco años de experiencia clínica. Los terapeutas no participaron en ninguna de las evaluaciones del paciente.

3.6. Procedimiento

Se informó a los profesionales de los centros participantes sobre las características y objetivos del estudio, para que transmitieran esta información a los participantes que cumplieren los criterios de inclusión. Si el paciente mostraba interés en el estudio se lo derivaba al coordinador logístico del programa quien concertaba la cita para realizar la evaluación inicial. Durante esta entrevista inicial los evaluadores comprobaban que el paciente cumpliera los criterios de inclusión, sino era así le ofrecían una alternativa de tratamiento previamente acordada con el centro. Si el paciente cumplía los criterios de inclusión, le incluían en el programa y se fijaba la fecha de inicio del tratamiento. El paciente asistía a las 7 sesiones de la terapia grupal, cuando terminaban estas sesiones un miembro del departamento ajeno al estudio lo asignaba al azar a uno de los dos tipos de terapia individual. Seguidamente se iniciaban las sesiones individuales, cuando se realizaron las ocho sesiones de la terapia individual se llevaba a cabo la evaluación posterior. Tras esto se realizó la sesión

grupales de cierre. A los tres meses de finalizar el tratamiento se llevó a cabo la primera evaluación de seguimiento; la segunda se efectuó cuando había pasado un año desde la finalización del tratamiento.

3.6.1. Evaluación inicial

La evaluación inicial se compuso de dos sesiones, con duración de dos horas cada una, las cuales se realizaron en dos semanas consecutivas. En la primera sesión se explicó al paciente en qué consistía el estudio, cómo se realizaría y las implicaciones del mismo. Si el paciente tenía dudas sobre el estudio se resolvían. A continuación, se le entregaba el consentimiento informado, que debía leer y firmar, como aceptación en la participación en el estudio. Tras esto comenzaba con el proceso de evaluación, el cual era realizado por dos evaluadores.

En la primera sesión de evaluación se pasaba los siguientes cuestionarios: SCID-I, CORE-OM, BDI-II y HAM-D. Durante esta entrevista se comprueba si el paciente cumple con los criterios de inclusión en el estudio. El primer requisito era obtener una puntuación de 20 o más en el BDI-II, para comprobar la presencia de síntomas depresivos. A continuación, se realizaba el SCID-I en el que debía presentar un diagnóstico de trastorno distímico o trastorno depresivo mayor, si los evaluadores tienen dudas sobre el diagnóstico estas se consultan con un supervisor. Si esto se cumple se aplica el HAM-D.

Si todos los criterios de inclusión que se evaluaron en la sesión anterior se cumplen se llevaba a cabo una segunda sesión, que se realizaba a la semana siguiente, durante la sesión se aplica la rejilla y tras esto se terminaba la sesión de evaluación. Tras esto se procedió a la corrección de la TRI con el programa Record 5.0 (Feixas, Cornejo, y Laso, n.d.). La persona debía presentar al menos un conflicto cognitivo. Si este criterio de inclusión también se

cumplía el paciente era informado para empezar el tratamiento grupal, de no ser así se derivaba a un tratamiento alternativo acordado con el centro.

3.6.2. Tratamiento grupal

Se procuró que los grupos estuviesen compuestos por entre 6-10 participantes, por lo que se intentó reunir este número de participantes para iniciar la fase de tratamiento grupal, pero en muchos casos se empezaba con un número algo menor para no hacer esperar tanto a los pacientes. Antes de iniciar este tratamiento grupal cada uno de los participantes se reunía con los terapeutas que llevarían su grupo. El objetivo de esta reunión era conocer a los terapeutas, conocer la estructura del programa de tratamiento, ser informados sobre el funcionamiento del grupo y las normas del mismo.

Durante esta fase se formaron 22 grupos de tratamiento grupal, estos grupos estuvieron dirigidos por dos psicoterapeutas, siendo uno de ellos terapeuta cognitivo-conductual y el otro terapeuta del modelo centrado en dilemas. El promedio de participantes en cada grupo fue de 6.

Se realizaron 7 sesiones de terapia dentro del modelo cognitivo-conductual. Cuando terminaron estas sesiones procedimos a la aleatorización del tipo de terapia en la que cada paciente realizaría la fase de tratamiento individual. Esta aleatorización fue realizada por un miembro del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico (actualmente una Sección del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología) de la *Universitat de Barcelona*, este miembro era ajeno al estudio y no conocía las condiciones del mismo. La aleatorización se realizó con una aplicación online.

3.6.3. Tratamiento individual

Esta fase de la terapia estuvo compuesta de 8 sesiones que se llevaron a cabo por uno de los terapeutas que dirigían el grupo en la fase anterior. Cada uno de los terapeutas realizó el tratamiento individual en una de las dos formas de tratamiento en las que tenía formación especializada. Cada una de estas terapias se realizaron siguiendo su manual (Bados y García-Grau, 2013; Feixas y Compañ, 2015).

3.6.4. Evaluación postratamiento

Esta evaluación se llevó a cabo cuando finalizó la fase de tratamiento individual, justo después de la sesión grupal de cierre. Esta evaluación se realizó con los mismos cuestionarios que la evaluación inicial, con la adición de la escala de Satisfacción con el tratamiento (ESAT) (Feixas, Bados y Garcia-Grau, 2011).

3.6.5. Evaluaciones de seguimiento

Se realizaron dos evaluaciones de seguimiento. La primera de ellas se llevó a cabo tres meses después de la finalización del tratamiento, y se utilizó el BDI-II y CORE-OM.

La segunda evaluación de seguimiento se realizó un año después de la finalización del tratamiento. En ella se utilizaron los cuestionarios BDI-II, CORE-OM, HAM-D y ESAT.

3.7. Consideraciones éticas

El proyecto dentro del que se encuentra esta investigación fue aprobado por el comité de bioética de investigación de la *Universitat de Barcelona* (IRB00003099) y también por los comités de ética de los centros que estuvieron involucrados en el proyecto.

Además, a todos los participantes se les explicó en qué consistía el experimento y que implicaba la participación en el mismo. Tras esto se les entregó un consentimiento informado que se les explicó y que debían de firmar antes de participar en el estudio. Si algún paciente no aceptaba el consentimiento esto no afectaba a su atención habitual en el centro de salud.

El proyecto está registrado en *Current Controlled Trials* con el número ISRCTN92443999 y en *Clinical Trials.gov* con el número NCT01542957.

3.8. Análisis de datos

Los datos que se analizaron en este estudio fueron las puntuaciones de los ítems del BDI-II y del CORE-OM. Antes de comenzar con los análisis de los objetivos se realizó una comparación de algunas variables de los participantes asignados a cada una de las terapias durante su línea base, para ello se utilizó la prueba χ^2 para las variables cuantitativas y la t-Student para muestras independientes para las cualitativas.

La medida postratamiento que se utilizó corresponde a las puntuaciones de los participantes que habían terminado el tratamiento. El análisis de seguimiento se realizó con las puntuaciones que correspondían a los participantes que habían llevado a cabo al menos uno de los seguimientos, para realizar esto se utilizó el método “*Intention to treat*”, y en caso de datos perdidos se empleó la última puntuación registrada del paciente.

3.8.1. Análisis de las posibles diferencias en los factores del BDI-II y las escalas del CORE-OM después de la terapia

Para explorar las posibles diferencias entre los factores de cada cuestionario debido al tipo de intervención realizada se utilizó el análisis de clústers (o de conglomerados) mediante el método de K-medias. Los dendrogramas resultantes permiten comparar las diferencias de

medias de cada uno de los factores en las diferentes etapas del tratamiento. Estos dendrogramas permitirán examinar si se forman subagrupaciones dependiendo de la terapia realizada en alguno de los factores del BDI-II o en las sub-escalas del CORE-OM. También se realizó un análisis mediante el procedimiento de modelos lineales mixtos para conocer cómo se comportan cada una de las terapias en la eficacia de la mejora de cada uno de los factores y subescalas. Para ello se crearon dos unidades no relacionadas, los dos tipos de intervención, y dentro de estas unidades se podían encontrar las tres medidas longitudinales de cada uno de los participantes que se agrupaban en la correspondiente unidad. De este modo, se podrá comprobar si una terapia es más eficaz en la disminución de los síntomas pertenecientes a un factor que la otra terapia. Todos los análisis de esta fase se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 24.

3.8.2. Análisis de las posibles diferencias en los ítems del BDI-II y el CORE-OM después de la terapia

A continuación, procedimos al análisis de las posibles diferencias de los ítems de cada uno de los cuestionarios con relación a la intervención realizada. Para investigar esto se llevó a cabo un análisis de clústers. Este análisis permite conocer la posible existencia de subagrupaciones de pacientes en cada uno de los ítems, es decir, nos indicaría si los pacientes que han realizado la misma intervención se hallan en el mismo subgrupo. Si existieran subagrupaciones en alguno de los ítems esto sería indicativo de que cada una de las intervenciones actúan de un modo diferente en la mejora de ese síntoma. El otro análisis realizado fue el modelo lineal mixto, con el que se analizó como variaban cada una de las puntuaciones de los ítems, de los factores y de las escalas de los cuestionarios a lo largo del tiempo para cada una de las terapias. Como decíamos en el apartado anterior, el modelo lineal mixto nos permite estudiar cómo se comportan las puntuaciones de cada uno de los ítems en

cada una de las intervenciones. Si alguno los resultados aportados por este análisis fuesen significativos, esto indicaría que existe una diferencia en la eficacia del tratamiento de ese síntoma del trastorno depresivo mayor y de la distimia en una de las intervenciones . Todos los análisis de esta fase se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS.

4. Resultados

4.1. Análisis previos

El primer análisis que se realizó fue la comparación de los participantes asignados a cada una de las intervenciones durante la línea base, para ello se utilizó la prueba Chi-cuadrado como análisis de las variables cualitativas y la prueba t de Student para muestras independientes para las variables cuantitativas. Como se puede observar en la tabla 4, no se encuentran diferencias significativas entre los participantes asignados a cada una de las intervenciones, ni en las variables clínicas ni en las variables demográficas.

La mayoría de las participantes (79.2% TCC y 78.4% TCD) asignadas a cada una de las intervenciones fueron mujeres, con una media de edad de 51.08 (TCC) y 48.51 (TCD), cuyo diagnóstico predominante fue el de trastorno depresivo mayor (96.2% en TCC y 92.1% en TCD). En ambas intervenciones los participantes tuvieron una media de número de episodios depresivos previos en torno a 2.00 (2.00 en TCC y 2.10 en TCD), la mayoría no habían tenido intentos de suicidios previos (75.5% en TCC y 84.5% en TCD) y tomaban algún tipo de mediación psiquiátrica (84.9% en TCC y 77.6% en TCD). Presentaban una media de cronicidad en años en torno a 11.50 (11.59 en TCC y 11.46 en TCD). La puntuación media del BDI-II fue de 37.08 (TCC) y de 36.96 (TCD) lo que indica la presencia de síntomas de depresión graves (Sanz y Vázquez, 2011). La puntuación media del CORE-OM fue de 2.08 (TCC) y 2.16 (TCD), lo que implica un alto grado de malestar psicológico (Feixas et al., 2012).

Tabla 4*Características sociodemográficas de los participantes según la intervención asignada*

	TCC		TCD		t	χ^2	p	95% IC
	M (DT)	n (%)	M (DT)	n (%)				
Edad	51.08 (10.99)		48.51(11.33)		1.17		0.24	[-1.77, 6.91]
Sexo						0.01	0.91	
Mujeres		42 (79.2)		40 (78.4)				
Hombres		11 (20.8)		11 (21.6)				
Estado civil						1.26	0.72	
Casado/a		28 (52.8)		31 (60.8)				
Divorciado/a		17 (32.1)		12 (23.5)				
Soltero/a		5 (9.4)		6 (11.8)				
Viudo/a		3 (5.7)		2 (3.9)				
Nivel académico						3.26	0.86	
Primaria		13 (24.5)		8 (15.7)				
Secundaria		4 (7.5)		2 (3.9)				
Bachillerato		11 (20.8)		9 (17.6)				
Formación Profesional		13 (24.5)		17 (33.3)				
Estudios superiores incompletos		3 (5.7)		3 (5.9)				
Enseñanza superior		9 (17)		12 (23.5)				
Diagnóstico						1.15	0.56	
TDM		27 (50.9)		22 (43.1)				
TDM-R		24 (45.3)		25 (49.0)				
Distimia		2 (3.8)		4 (7.8)				
Número de episodios depresivos	2.00 (1.37)		2.10 (1.46)		-0.36		0.71	[-0.66, 0.46]
Intentos de suicidios previos						1.26	0.33	
No		40 (75.5)		43 (84.5)				
Si		13 (24.5)		8 (15.7)				

	TCC		TCD		t	χ^2	p	95% IC
	M (DT)	n (%)	M (DT)	n (%)				
Medicación psiquiátrica						0.91	0.34	
No		8 (15.1)		11 (22.4)				
Si		45 (840.9)		38 (77.6)				
Cronicidad en años	11.59 (11.53)		11.46 (12.01)		0.05	0.95	[-4.60, 4.80]	
BDI-II	37.08 (9.73)		36.96 (9.16)		0.06	0.95	[-3.56, 3.79]	
CORE-OM	2.08 (0.56)		2.16 (0.51)		-0.74	0.46	[-0.28, 0.13]	

Nota: TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TCD = Terapia Centrad en Dilemas; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-segunda versión; CORE-OM = *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure*; TDM = Trastorno Depresivo Mayor; TDM-R = Trastorno Depresivo Mayor Recidivante; M = media; DT = Desviación Típica; IC = Intervalo de Confianza

4.2.Comparación entre los factores del BDI-II dependiendo de la intervención

Para comprobar las posibles diferencias entre los factores del BDI-II realizamos un análisis mediante el procedimiento de modelos lineales mixtos, extrajimos las gráficas de las medias en cada momento, y realizamos un análisis de clústers para observar cómo se agrupaban las puntuaciones de los participantes. La intención con la que se llevaron a cabo estos análisis fue la de comprobar si las puntuaciones de los participantes en cada uno de los factores variaban dependiendo de la intervención realizada. Del modelo lineal mixto se extrajeron las medias y las desviaciones típicas de cada factor en cada una de las intervenciones a lo largo de los tres tiempos medidos, además también se extrajo la significación de la diferencia de la eficacia entre cada uno de los modelos de intervención para el factor cognitivo-afectivo ($p = 0.995$) y para el factor somático-motivacional ($p = 0.154$). Ambas intervenciones se han demostrado eficaces a lo largo del tiempo, tanto en el factor cognitivo-afectivo ($p < 0.001$) como en el factor somático-motivacional ($p < 0.001$). En la tabla 5 se aprecian todos los resultados del modelo lineal mixto para los factores del BDI-II.

Tabla 5
Modelo lineal mixto de los factores del BDI-II

		Pre-Tratamiento			Post-Tratamiento			Seguimiento			F	p
		M (DT)	df	95% IC	M (DT)	df	95% IC	M (DT)	df	95% IC		
Factor Cognitivo	TCC	13.968 (0.624)	128.000	12.733- 15.203	7.554 (0.877)	112.045	5.816-9.292	6.577 (0.805)	107.946	4.982-8.173	< 0.001	0.995
	TCD	13.985 (0.614)	128.000	12.769- 15.200	7.428 (0.857)	110.928	5.730-9.127	6.703 (0.795)	108.589	5.128-8.278		
	Comparación terapias Eficacia											
Factor Somático	TCC	14.413 (0.483)	128.000	13.457-15.368	8.635 (0.798)	120.609	7.056-10.214	8.885 (0.823)	115.293	7.255-10.514	2.052	0.154
	TCD	13.492 (0.476)	128.000	12.551-14.433	7.488 (0.781)	119.418	5.942-9.034	7.372 (0.812)	115.947	5.764-8.980		
	Comparación terapias Eficacia											

Nota: M = media; DT = Desviación Típica; df = Grados de Libertad; IC = Intervalo de Confianza; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TCD = Terapia Centrada en Dilemas; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-segunda versión

Además del análisis del modelo lineal mixto, mostrado anteriormente, también se realizó un análisis de clústers para comprobar si las puntuaciones de los factores se agrupaban por intervenciones y de este modo analizar la posible existencia de un patrón de diferencias entre la mejora de los factores del BDI-II según la intervención aplicada. Para llevar a cabo este análisis se utilizó la puntuación total de cada paciente en cada factor, tanto en los resultados obtenidos tras el tratamiento como en los del seguimiento. En la figura 21 (anexo 3) se muestra como la puntuación de los pacientes en el factor cognitivo-afectivo no se agrupa según la intervención realizada, por lo que no se puede encontrar un patrón de respuesta dependiendo de la intervención ni en la medición postratamiento ni durante el seguimiento. Esto mismo sucede en el factor somático-motivacional (véase figura 22 del anexo 3).

Por último, se presentan las medias de las puntuaciones de cada uno de los factores del BDI-II en cada etapa del tratamiento para cada una de las intervenciones, en estas gráficas también aparecen las barras de error (95% IC) (véase figura 4 y 5). Los tamaños del efecto del factor cognitivo-afectivo son $d_{\text{post}} = 0.072$ $d_{\text{seg.}} = -0.079$, mientras que para el factor somático-motivacional son $d_{\text{post}} = 0.587$ y $d_{\text{seg.}} = 0.679$. Este análisis se realizó como complemento a los anteriores y como comprobación de si existían diferencias significativas entre las medias de cada factor debido a la intervención.

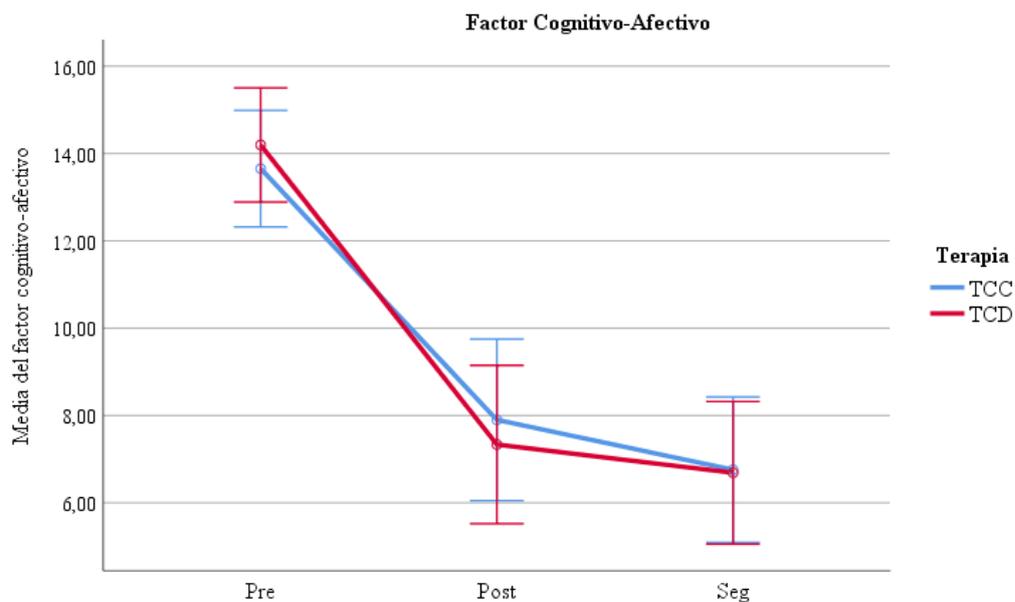


Figura 4. Comparación de medias del factor cognitivo-afectivo del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

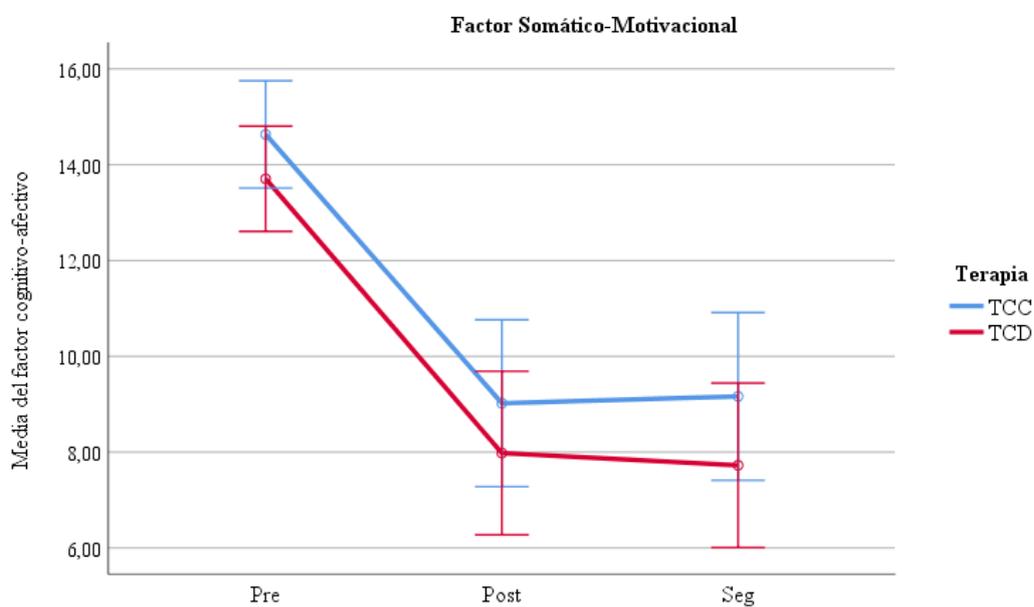


Figura 5. Comparación de medias del factor somático-motivacional del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

4.3.Comparación entre las escalas del CORE-OM dependiendo de la intervención

Cómo se ha descrito en el apartado anterior, el análisis utilizado fue de modelos lineales mixtos . La significación de las diferencias entre intervenciones para la escala $p = 0.868$, escala problemas $p = 0.850$, escala funcionamiento $p = 0.573$ y escala riesgo $p = 0.981$ y la eficacia a lo largo del tiempo para la escala bienestar $p < 0.001$, escala problemas $p < 0.001$, escala funcionamiento $p < 0.001$ y escala riesgo $p < 0.001$). En la tabla 6 se muestra las diferentes medias y desviaciones típicas para cada una de las intervenciones.

Tabla 6
Modelo lineal mixto de las escalas del CORE-OM

		Pre			Post			Seguimiento			F	p
		M (DT)	df	95% IC	M (DT)	df	95% IC	M (DT)	df	95% IC		
Escala Bienestar	TCC	2.994 (0.081)	128.000	2.834-3.153	1.975 (0.140)	113.720	1.698-2.252	2.079 (0.145)	109.006	1.791-2.366	0.028	0.868
	TCD	3.045 (0.080)	128.000	2.888-3.203	2.042 (0.138)	113.667	1.769-2.314	2.028 (0.143)	108.805	1.745-2.310		
	Comparación terapias Eficacia											
Escala Problema	TCC	2.534 (0.078)	128.000	2.380-2.638	1.762 (0.122)	114.619	1.519-2.004	1.870 (0.132)	110.273	1.608-2.132	0.036	0.850
	TCD	2.632 (0.076)	128.000	2.481-2.783	1.794 (0.120)	114.502	1.555-2.032	1.813 (0.130)	110.047	1.555-2.070		
	Comparación terapias Eficacia											
Escala Funcionamiento	TCC	2.023 (0.081)	128.000	1.863-2.183	1.431 (0.108)	116.811	1.216-1.645	1.483 (0.117)	114.046	1.250-1.715	0.319	0.573
	TCD	1.976 (0.080)	128.000	1.818-2.134	1.405 (0.106)	116.683	1.194-1.615	1.354 (0.115)	113.770	1.126-1.582		
	Comparación terapias Eficacia											
Escala Riesgo	TCC	0.933 (0.094)	128.000	0.747-1.120	0.422 (0.085)	114.159	0.254-0.590	0.422 (0.095)	110.607	0.233-0.611	0.001	0.981
	TCD	0.797 (0.093)	128.000	0.614-0.981	0.444 (0.083)	114.064	0.279-0.609	0.529 (0.094)	110.406	0.344-0.714		
	Comparación terapias Eficacia											

Nota: M = media; DT = Desviación Típica; df = Grados de Libertad; IC = Intervalo de Confianza; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TCD = Terapia Centrad en Dilemas; CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure

Tal y como se realizó para analizar el objetivo anterior en este caso también se utilizó un análisis de clústers para comprobar la agrupación en cada uno de los factores, en base a la puntuación total de cada paciente en cada factor durante el postratamiento y en el seguimiento. En la figura 23 (anexo 4) se muestra cómo se agrupan las puntuaciones de los pacientes en la escala bienestar, como se puede apreciar que no se puede encontrar un patrón de respuesta dependiendo de la intervención ni en la medición postratamiento ni durante el seguimiento. Lo mismo se aprecia en la figura 24 (anexo 4) que representa la escala problema. En la figura 25 (anexo 4), escala funcionamiento, tampoco se muestra ninguna agrupación en las respuestas de los pacientes dependiendo de la intervención realizada. En la figura 26 (anexo 4), escala riesgo, las puntuaciones de los pacientes tampoco se agrupan dependiendo de la intervención.

Como complemento a los análisis anteriores se presentan las medias de puntuación de cada una de las escalas del CORE-OM a lo largo del tratamiento, en estas también se muestran las barras de error (95% IC) (véase figuras 6-9). Los tamaños del efecto presentados para la escala bienestar son $d_{\text{post}} = -0.234$ y $d_{\text{seg.}} = 0.174$, para la escala problemas $d_{\text{post}} = -0.131$ y $d_{\text{seg.}} = 0.212$, para la escala funcionamiento $d_{\text{post}} = 0.120$ y $d_{\text{seg.}} = 0.485$ y para la escala riesgo $d_{\text{post}} = -0.130$ y $d_{\text{seg.}} = -0.493$.

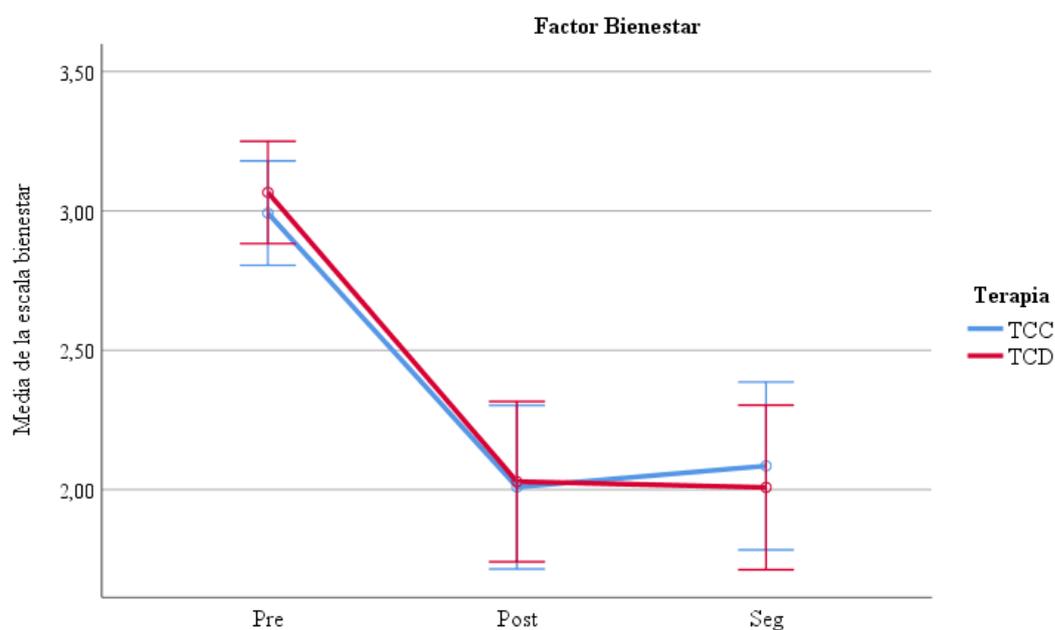


Figura 6. Comparación de medias de la escala bienestar del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

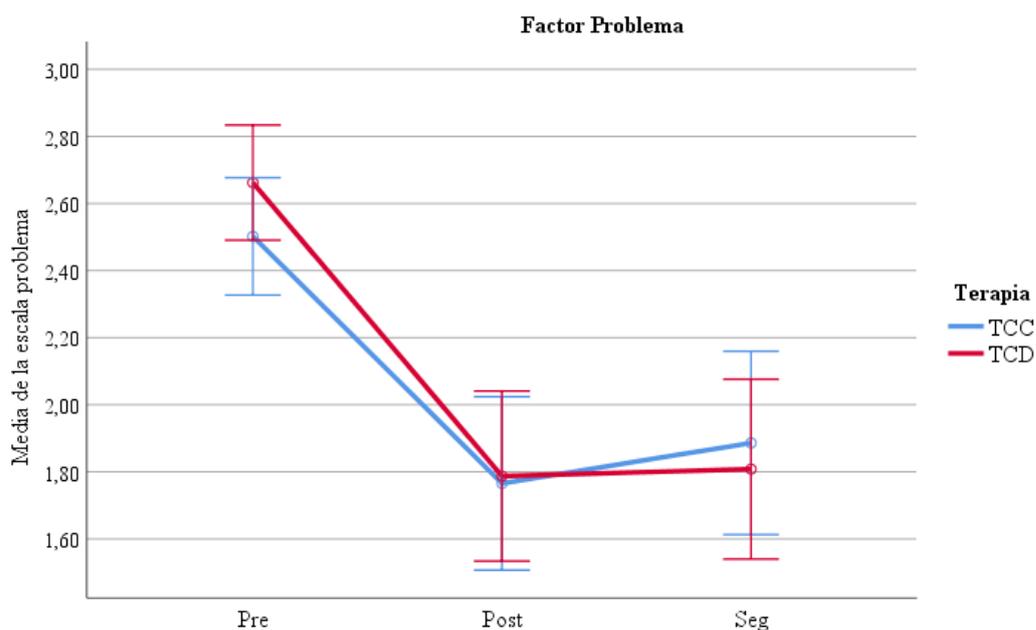


Figura 7. Comparación de medias de la escala problema del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

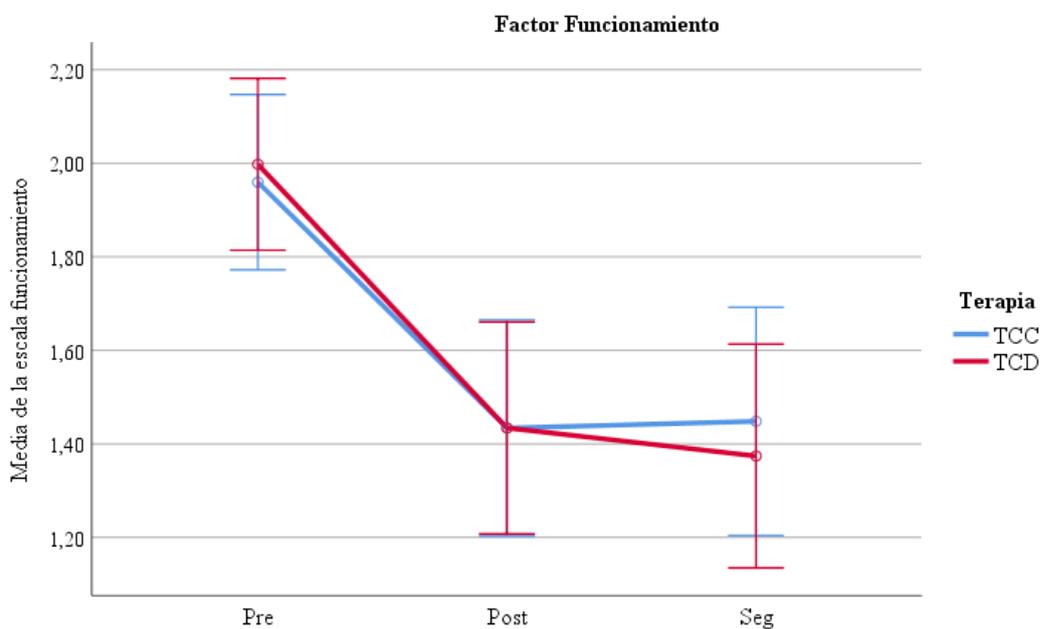


Figura 8. Comparación de medias de la escala funcionamiento del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

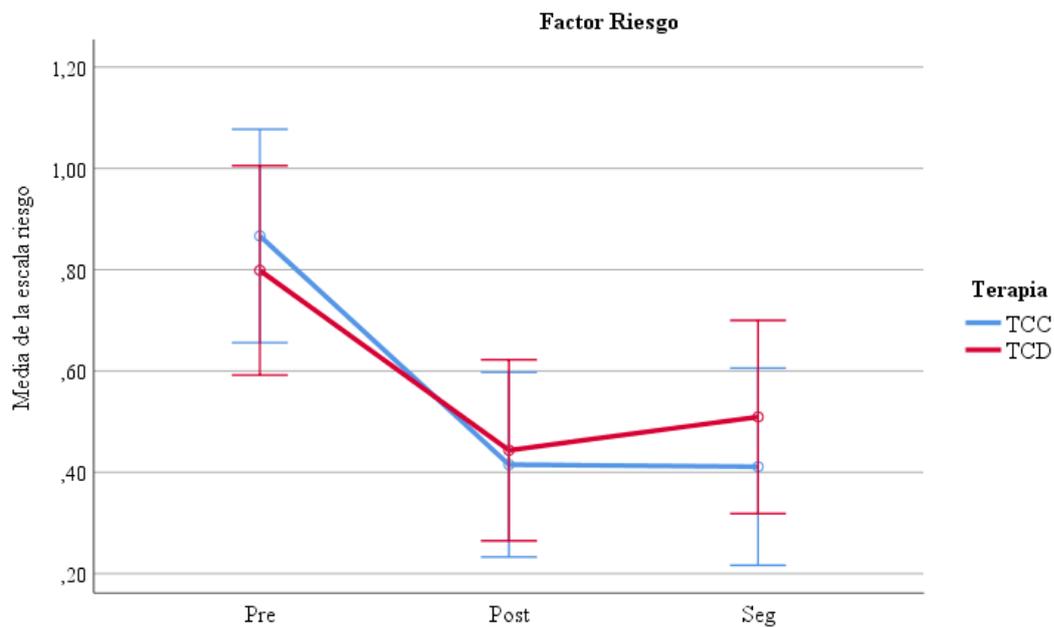


Figura 9. Comparación de medias de la escala riesgo del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

4.4. Comparación entre los ítems del BDI-II dependiendo de la intervención

Para llevar a cabo el análisis de las diferencias en los ítems del BDI-II dependiendo de la intervención se realizó un análisis mediante el procedimiento de modelos lineales mixtos. De este modelo se extrajeron las medias y las desviaciones típicas de cada ítem en cada una de las intervenciones a lo largo de los tres tiempos medidos, además de la significación de la diferencia de la eficacia entre cada tratamiento para cada uno de los ítems. Además, ambas intervenciones han demostrado una disminución significativa de las puntuaciones de los ítems a lo largo del tiempo. En la tabla 7 se pueden apreciar las medias, desviaciones típicas e intervalos de confianza para cada una de las intervenciones en cada una de las mediciones, además de la significación.

Tabla 7*Modelo lineal mixto de los ítems del BDI-II*

		Pre			Post			Seguimiento			F	p
		Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC		
Í.1	TCC	1.810 (0.108)	128.000	1.596-2.023	0.884 (0.114)	113.458	0.658-1.110	0.942 (0.135)	109.091	0.674-1.210		
	TCD	1.662 (0.106)	128.000	1.451-1.872	0.788 (0.112)	113.418	0.566-1.010	0.718 (0.133)	108.948	0.455-0.982		
	Comparación intervenciones										1.584	0.211
											51.208	<0.001
Í.2	TCC	1.968 (0.126)	128.000	1.718-2.218	1.165 (0.152)	113.684	0.864-1.466	1.101 (0.165)	105.851	0.774-1.429		
	TCD	1.923 (0.124)	128.000	1.677-2.169	0.989 (0.149)	113.654	0.694-1.285	1.121 (0.162)	105.745	0.799-1.442		
	Comparación intervenciones										0.203	0.653
											30.938	<0.001
Í.3	TCC	1.667 (0.121)	128.000	1.428-1.906	1.040 (0.120)	117.891	0.802-1.278	0.951 (0.127)	108.079	0.699-1.204		
	TCD	1.585 (0.119)	128.000	1.349-1.820	1.004 (0.118)	117.756	0.770-1.238	0.769 (0.125)	107.978	0.522-1.017		
	Comparación intervenciones										0.584	0.446
											32.891	<0.001
Í.4	TCC	2.175 (0.103)	128.000	1.971-2.378	1.141 (0.133)	116.104	0.877-1.404	1.363 (0.148)	112.225	1.070-1.656		
	TCD	1.969 (0.101)	128.000	1.769-2.169	1.144 (0.131)	116.021	0.885-1.403	0.973 (0.145)	112.042	0.685-1.261		
	Comparación intervenciones										1.959	0.164
											52.691	<0.001
Í.5	TCC	1.397 (0.123)	128.000	1.153-1.641	0.919 (0.125)	114.724	0.672-1.166	0.629 (0.109)	111.125	0.413-0.845		
	TCD	1.615 (0.121)	128.000	1.375-1.855	1.072 (0.122)	114.664	0.830-1.315	0.896 (0.107)	110.915	0.683-1.108		
	Comparación intervenciones										2.741	0.100
											31.316	<0.001
Í.6	TCC	1.206 (0.167)	128.000	0.875-1.537	0.742 (0.155)	115.299	0.435-1.048	0.745 (0.170)	108.437	0.409-1.081		
	TCD	1.385 (0.165)	128.000	1.059-1.711	0.824 (0.152)	115.205	0.523-1.125	0.823 (0.166)	108.311	0.494-1.153		
	Comparación intervenciones										0.428	0.514
											9.141	<0.001

		Pre			Post			Seguimiento			F	p
		Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC		
Í.7	TCC	1.921 (0.124)	128.000	1.675-2.167	1.035 (0.156)	113.285	0.726-1.343	0.916 (0.146)	104.143	0.628-1.025		
	TCD	1.969 (0.122)	128.000	1.727-2.211	1.019 (0.153)	113.230	0.716-1.323	0.753 (0.143)	104.069	0.470-1.036		
	Comparación intervenciones										0.094	0.759
	Eficacia										47.023	<0.001
Í.8	TCC	1.857 (0.135)	128.000	1.590-2.125	0.967 (0.145)	112.400	0.679-1.254	0.769 (0.137)	104.818	0.498-1.039		
	TCD	1.815 (0.133)	128.000	1.552-2.079	0.958 (0.142)	112.385	0.676-1.241	0.743 (0.134)	104.743	0.478-1.009		
	Comparación intervenciones										0.035	0.851
	Eficacia										38.450	<0.001
Í.9	TCC	0.984 (0.110)	128.000	0.767-1.201	0.635 (0.120)	113.785	0.398-0.873	0.326 (0.089)	105.900	0.150-0.503		
	TCD	0.938 (0.108)	128.000	0.725-1.152	0.485 (0.118)	113.657	0.252-0.719	0.459 (0.087)	105.683	0.286-0.632		
	Comparación intervenciones										0.032	0.857
	Eficacia										23.779	<0.001
Í.10	TCC	1.730 (0.123)	128.000	1.487-1.974	0.848 (0.154)	114.266	0.544-1.153	0.619 (0.143)	106.423	0.336-0.902		
	TCD	1.692 (0.121)	128.000	1.452-1.932	0.761 (0.151)	114.189	0.462-1.060	0.846 (0.140)	106.271	0.568-1.123		
	Comparación intervenciones										0.052	0.820
	Eficacia										41.753	<0.001
Í.11	TCC	1.063 (0.101)	128.000	0.864-1.263	0.609 (0.125)	114.333	0.362-0.857	0.879 (0.133)	106.572	0.614-1.143		
	TCD	1.154 (0.099)	128.000	0.957-1.351	0.654 (0.122)	113.896	0.413-0.896	0.659 (0.131)	106.472	0.399-0.918		
	Comparación intervenciones										0.054	0.817
	Eficacia										13.160	<0.001
Í.12	TCC	2.063 (0.117)	128.000	1.833-2.294	1.117 (0.159)	114.546	0.802-1.432	1.116 (0.146)	109.226	0.828-1.405		
	TCD	1.815 (0.115)	128.000	1.588-2.042	0.987 (0.155)	113.748	0.680-1.294	0.747 (0.143)	109.072	0.463-1.030		
	Comparación intervenciones										2.795	0.097
	Eficacia										45.749	<0.001

	Pre			Post			Seguimiento			F	p	
	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC			
Í.13	TCC	2.032 (0.123)	128.000	1.787-2.276	1.188 (0.157)	115.675	0.876-1.500	1.080 (0.157)	107.157	0.768-1.392		
	TCD	1.985 (0.122)	128.000	1.744-2.225	0.916 (0.154)	114.907	0.611-1.220	0.891 (0.156)	107.517	0.582-1.199		
	Comparación intervenciones Eficacia											1.217
Í.14	TCC	1.698 (0.116)	128.000	1.468-1.929	0.934 (0.135)	115.131	0.665-1.202	0.811 (0.141)	108.963	0.530-1.091		
	TCD	1.692 (0.115)	128.000	1.466-1.919	0.927 (0.132)	114.278	0.665-1.189	0.905 (0.140)	109.445	0.629-1.182		
	Comparación intervenciones Eficacia											0.039
Í.15	TCC	2.175 (0.088)	128.000	2.000-2.349	1.366 (0.141)	114.969	1.087-1.644	1.503 (0.139)	107.772	1.227-1.779		
	TCD	2.138 (0.087)	128.000	1.967-2.310	1.225 (0.137)	113.965	0.953-1.497	1.230 (0.138)	108.374	0.957-1.503		
	Comparación intervenciones Eficacia											1.196
Í.16	TCC	1.984 (0.115)	128.000	1.756-2.212	1.318 (0.139)	112.193	1.043-1.593	1.235 (0.146)	105.160	0.945-1.525		
	TCD	1.938 (0.113)	128.000	1.714-2.163	1.302 (0.135)	111.761	1.035-1.570	1.186 (0.145)	105.385	0.899-1.474		
	Comparación intervenciones Eficacia											0.078
Í.17	TCC	1.397 (0.126)	128.000	1.148-1.645	0.560 (0.120)	114.937	0.322-0.799	0.686 (0.119)	111.809	0.449-0.922		
	TCD	1.323 (0.124)	128.000	1.078-1.568	0.585 (0.118)	113.962	0.352-0.818	0.605 (0.118)	112.347	0.372-0.838		
	Comparación intervenciones Eficacia											0.101

	Pre			Post			Seguimiento			<i>F</i>	<i>p</i>	
	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC			
Í.18	TCC	1.698 (0.118)	128.000	1.465-1.932	0.867 (0.131)	114.407	0.608-1.126	0.877 (0.130)	105.575	0.619-1.136		
	TCD	1.785 (0.116)	128.000	1.555-2.014	0.964 (0.127)	113.581	0.711-1.216	1.017 (0.126)	105.995	0.761-1.273		
	Comparación intervenciones										0.667	0.412
	Eficacia										36.791	<0.001
Í.19	TCC	2.048 (0.088)	128.000	1.874-2.222	1.236 (0.139)	117.934	0.960-1.512	1.371 (0.133)	112.592	1.107-1.636		
	TCD	1.908 (0.087)	128.000	1.736-2.079	1.179 (0.136)	116.934	0.909-1.449	1.119 (0.132)	113.168	0.858-1.380		
	Comparación intervenciones										1.184	0.279
	Eficacia										48.038	<0.001
Í.20	TCC	2.190 (0.119)	128.000	1.956-2.425	1.297 (0.158)	113.662	0.984-1.611	1.366 (0.161)	110.995	1.047-1.686		
	TCD	2.138 (0.117)	128.000	1.907-2.370	1.020 (0.154)	112.708	0.714-1.326	1.245 (0.159)	111.551	0.930-1.561		
	Comparación intervenciones										0.878	0.351
	Eficacia										41.972	<0.001
Í.21	TCC	2.063 (0.130)	128.000	1.806-2.321	1.573 (0.162)	117.108	1.252-1.893	1.364 (0.171)	112.736	1.025-1.703		
	TCD	1.831 (0.128)	128.000	1.577-2.085	1.099 (0.158)	116.007	0.786-1.413	1.223 (0.169)	113.297	0.889-1.558		
	Comparación intervenciones										2.552	0.113
	Eficacia										21.003	<0.001

Nota: Í. = Ítem; DT = Desviación Típica; df = Grados de Libertad; IC = Intervalo de Confianza; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TCD = Terapia Centrad en Dilemas; BDI-II = Inventario de Depresión de Beck-segunda versión

Se utilizó un análisis de clústers para explorar la agrupación de cada uno de los ítems, para ello se analizó la puntuación de cada paciente en cada ítem durante la fase de postratamiento y de seguimiento. Como se muestra en las siguientes figuras las puntuaciones obtenidas en cada todos y cada uno de los ítems no se agrupan dependiendo de la intervención realizada, ni durante la medición postratamiento, ni durante el seguimiento (véase figuras 27-47 del anexo 5).

Para complementar los análisis anteriores se muestran las puntuaciones de cada uno de los ítems del BDI-II en cada momento del tratamiento, estas gráficas representan las medias y las barras de error (95% IC) de las mismas en las siguientes figuras (10-13) y las figuras del anexo 6 (figuras de la 48-64).

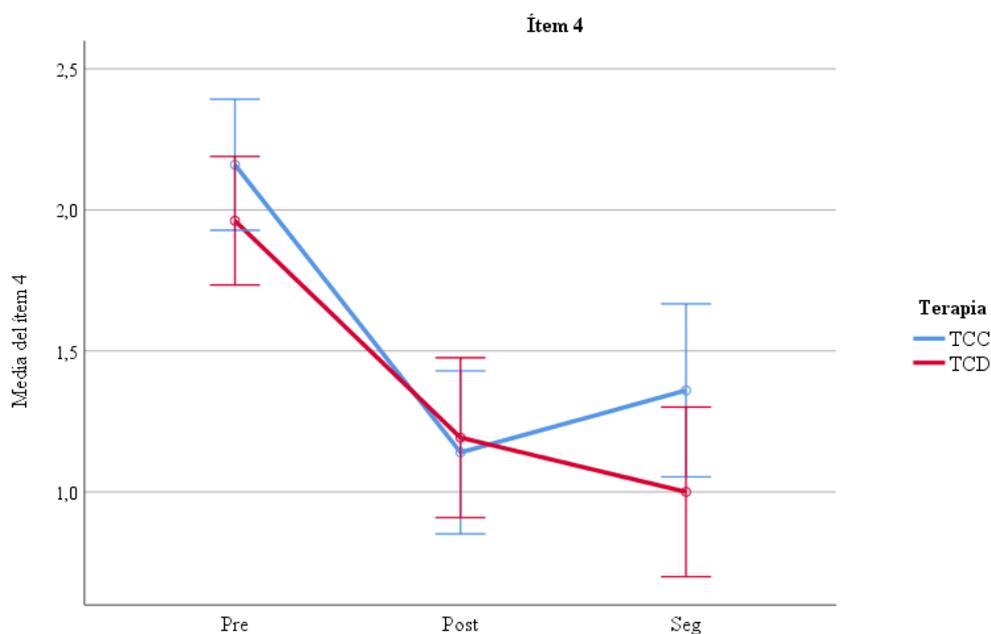


Figura 10. Comparación de medias del ítem 4 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

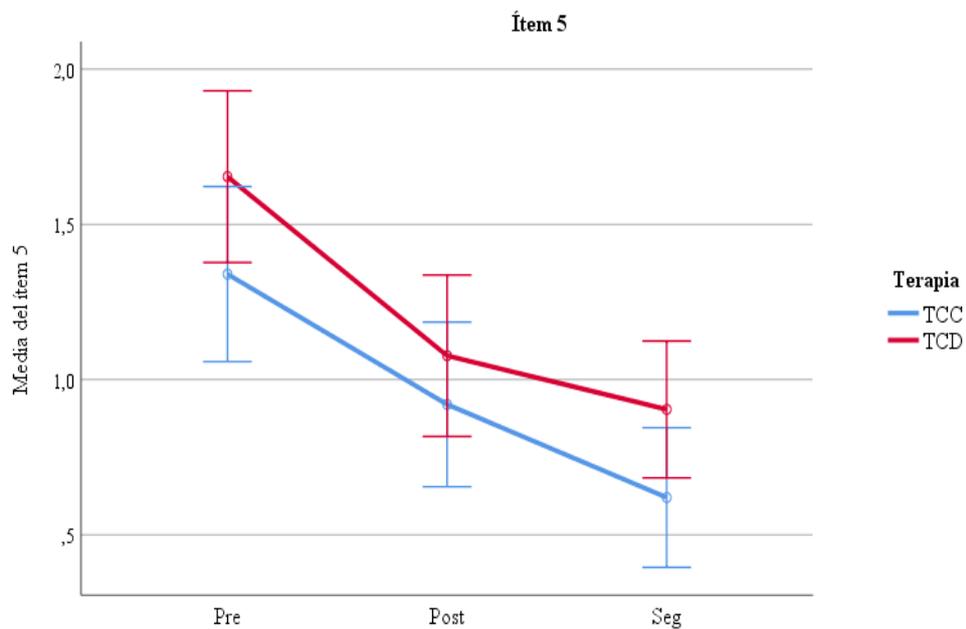


Figura 11. Comparación de medias del ítem 5 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

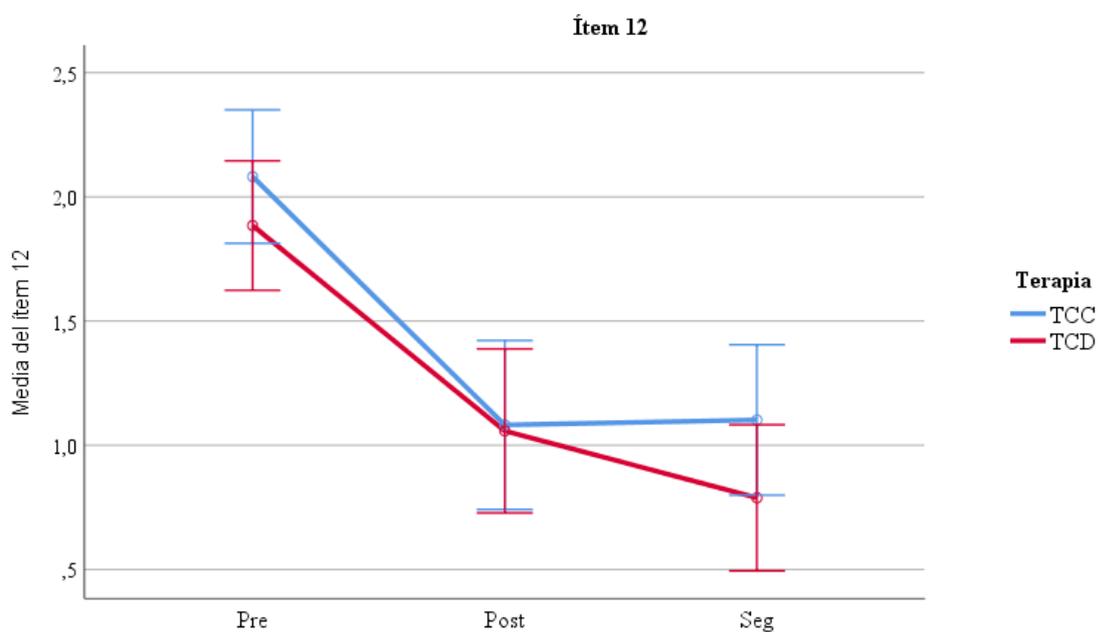


Figura 12. Comparación de medias del ítem 12 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

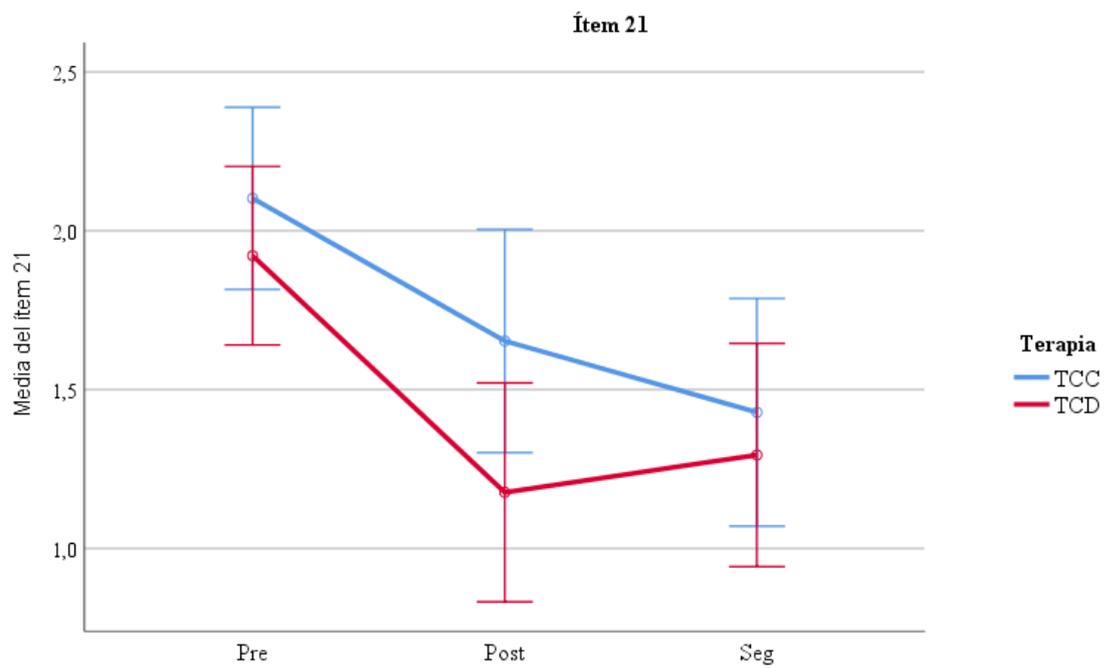


Figura 13. Comparación de medias del ítem 21 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

En la tabla 8 se muestran todos los tamaños del efecto mediante la D de Cohen para cada uno de los ítems del BDI-II. Pudiéndose apreciar los tamaños del efecto para cada ítem en cada momento del tratamiento, estos tamaños del efectos calculan la significación existente entre las diferencias de las puntuaciones para cada intervención.

Tabla 8*Tamaño del efecto de los ítems del BDI-II*

	Post	Seguimiento
Ítem 1	0.390	0.641
Ítem 2	0.505	-0.061
Ítem 3	0.150	0.585
Ítem 4	-0.011	0.799
Ítem 5	-0.527	-0.777
Ítem 6	-0.258	-0.226
Ítem 7	0.051	0.450
Ítem 8	0.031	0.095
Ítem 9	0.533	-0.603
Ítem 10	0.274	-0.625
Ítem 11	-0.180	0.640
Ítem 12	0.382	0.787
Ítem 13	0.660	0.517
Ítem 14	0.026	-0.317
Ítem 15	0.452	0.702
Ítem 16	0.058	0.166
Ítem 17	-0.104	0.323
Ítem 18	-0.352	-0.480
Ítem 19	0.203	0.689
Ítem 20	0.664	0.354
Ítem 21	0.829	0.383

Nota: BDI = Inventario de Depresión de Beck-segunda versión

4.5.Comparación entre los ítems del CORE-OM dependiendo de la intervención

Para llevar a cabo el análisis de las diferencias en los ítems del CORE-OM se realizó un análisis mediante el procedimiento de modelos lineales mixtos, tal como se describió en el apartado anterior. En la tabla 9 se muestran los datos obtenidos en el modelo lineal mixto.

Tabla 9
Modelo lineal mixto de los ítems del CORE-OM

		Pre			Post			Seguimiento			F	p
		Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC		
Í.1	TCC	2.550 (0.157)	120.132	2.239-2.861	1.537 (0.172)	109.875	1.196-1.878	1.701 (0.191)	102.700	1.324-2.079		
	TCD	2.398 (0.157)	120.403	2.088-2.709	1.473 (0.169)	109.875	1.138-1.808	1.579 (0.189)	104.138	1.203-1.954		
	Comparación intervenciones										0.377	0.540
		Eficacia									23.803	<0.001
Í.2	TCC	2.917 (0.115)	120.142	2.690-3.143	1.877 (0.159)	109.044	1.563-2.192	2.207 (0.174)	101.570	1.816-2.552		
	TCD	2.969 (0.114)	120.468	2.742-3.195	2.129 (0.156)	108.858	1.821-2.438	2.117 (0.174)	102.475	1.773-2.461		
	Comparación intervenciones										0.208	0.650
		Eficacia									32.599	<0.001
Í.3	TCC	2.017 (0.169)	120.386	1.683-2.351	1.584 (0.173)	111.491	1.241-1.927	1.514 (0.188)	108.913	1.142-1.886		
	TCD	1.834 (0.168)	121.047	1.501-2.168	1.423 (0.170)	111.012	1.086-1.796	1.566 (0.186)	110.111	1.196-1.935		
	Comparación intervenciones										0.234	0.630
		Eficacia									5.404	0.006
Í.4	TCC	2.933 (0.128)	120.184	2.679-3.187	2.009 (0.156)	110.612	1.699-2.318	1.960 (0.166)	97.898	1.630-2.930		
	TCD	2.983 (0.128)	120.521	2.729-3.237	2.049 (0.154)	110.347	1.745-2.353	1.787 (0.164)	98.324	1.461-2.113		
	Comparación intervenciones										0.031	0.860
		Eficacia									39.544	<0.001
Í.5	TCC	2.867 (0.132)	120.148	2.605-3.128	1.878 (0.167)	108.856	1.546-2.210	2.059 (0.194)	101.166	1.674-2.445		
	TCD	2.983 (0.132)	120.419	2.722-3.245	1.996 (0.164)	108.739	1.670-2.322	1.950 (0.192)	101.657	1.570-2.331		
	Comparación intervenciones										0.056	0.814
		Eficacia									28.224	<0.001
Í.6	TCC	0.450 (0.109)	119.173	0.234-0.666	0.220 (0.097)	109.206	0.028-0.412	0.253 (0.095)	103.012	0.064-0.442		
	TCD	0.426 (0.110)	119.960	0.209-0.644	0.268 (0.095)	109.116	0.080-0.457	0.326 (0.095)	104.045	0.138-0.514		
	Comparación intervenciones										0.097	0.756
		Eficacia									2.222	0.113

	Pre			Post			Seguimiento			F	p		
	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC				
Í.7	TCC	2.383 (0.145)	120.282	2.097-2.670	1.568 (0.160)	112.26	1.252-1.885	1.483 (0.177)	101.949	1.132-1.834			
	TCD	2.486 (0.145)	120.827	2.199-2.772	1.808 (0.157)	111.871	1.497-2.119	1.447 (0.176)	102.655	1.098-1.797			
	Comparación intervenciones											0.356	0.552
Í.8	Eficacia											29.217	<0.001
	TCC	2.467 (0.168)	119.928	2.133-2.800	2.243 (0.188)	113.873	1.871-2.615	2.519 (0.193)	105.641	2.137-2.901			
	TCD	2.671 (0.168)	120.650	2.338-3.004	2.463 (0.185)	113.284	2.097-2.829	2.467 (0.191)	106.931	2.088-2.847			
Í.9	Comparación intervenciones											0.349	0.556
	Eficacia											1.582	0.210
	TCC	1.100 (0.168)	120.274	0.767-1.433	0.518 (0.136)	111.517	0.248-0.788	0.403 (0.145)	101.994	0.115-0.691			
Í.10	TCD	0.988 (0.168)	120.868	0.655-1.321	0.582 (0.134)	110.955	0.316-0.848	0.660 (0.144)	103.241	0.374-0.946			
	Comparación intervenciones											0.182	0.671
	Eficacia											9.233	<0.001
Í.11	TCC	2.233 (0.173)	120.246	1.890-2.576	1.246 (0.161)	111.275	0.927-1.565	1.533 (0.186)	103.403	1.164-1.903			
	TCD	2.348 (0.173)	120.704	2.006-2.691	1.678 (0.158)	110.931	1.364-1.992	1.402 (0.185)	104.525	1.034-1.770			
	Comparación intervenciones											0.544	0.462
Í.12	Eficacia											19.957	<0.001
	TCC	2.467 (0.147)	120.127	2.175-2.758	1.556 (0.167)	109.728	1.226-1.886	1.914 (0.186)	101.371	1.546-2.283			
	TCD	2.752 (0.147)	120.386	2.460-3.043	1.775 (0.164)	109.550	1.450-2.099	1.484 (0.183)	101.869	1.120-1.848			
Í.11	Comparación intervenciones											0.019	0.890
	Eficacia											25.798	<0.001
	TCC	2.550 (0.138)	120.208	2.277-2.823	1.921 (0.161)	110.529	1.601-2.240	1.748 (0.164)	100.253	1.423-2.073			
Í.12	TCD	2.617 (0.138)	120.588	2.344-2.890	1.868 (0.160)	110.991	1.552-2.184	1.537 (0.163)	101.160	1.213-1.861			
	Comparación intervenciones											0.171	0.680
	Eficacia											23.620	<0.001

		Pre		Post			Seguimiento			F	p		
		Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df			95% IC	
Í.13	TCC	2.150 (0.168)	120.167	1.816-2.484	1.269 (0.164)	109.958	0.945-1.594	1.414 (0.191)	98.341	1.035-1.793			
	TCD	2.447 (0.168)	120.534	2.114-2.780	1.357(0.161)	109.644	1.038-1.676	1.528 (0.190)	99.400	1.150-1.905			
	Comparación intervenciones											0.884	0.349
	Eficacia											25.361	<0.001
Í.14	TCC	2.950 (0.143)	120.201	2.688-3.232	1.589 (0.175)	110.413	1.243-1.936	1.949 (0.170)	103.740	1.613-2.285			
	TCD	2.794 (0.142)	120.871	2.512-3.075	1.730 (0.172)	109.880	1.390-2.070	1.907 (0.169)	104.821	1.572-2.241			
	Comparación intervenciones											0.011	0.916
	Eficacia											50.141	<0.001
Í.15	TCC	1.400 (0.162)	120.191	1.079-1.721	0.656 (0.147)	109.574	0.364-0.948	0.725 (0.148)	104.305	0.431-1.019			
	TCD	1.329 (0.162)	120.677	1.008-1.650	0.928 (0.145)	109.326	0.641-1.215	0.742 (0.147)	105.367	0.450-1.035			
	Comparación intervenciones											0.195	0.659
	Eficacia											13.183	<0.001
Í.16	TCC	0.883 (0.145)	119.635	0.597-1.170	0.269 (0.113)	110.684	0.046-0.492	0.326 (0.123)	101.461	0.082-0.569			
	TCD	0.595 (0.145)	120.242	0.309-0.882	0.465 (0.111)	110.293	0.246-0.684	0.423 (0.122)	102.132	0.180-0.666			
	Comparación intervenciones											<0.001	0.991
	Eficacia											7.166	0.001
Í.17	TCC	2.900 (0.128)	120.224	2.647-3.153	1.979 (0.168)	108.606	1.647-2.312	2.029 (0.182)	102.937	1.669-2.390			
	TCD	3.166 (0.128)	120.634	2.913-3.419	2.165 (0.165)	108.399	1.839-2.492	2.173 (0.181)	104.376	1.815-2.531			
	Comparación intervenciones											1.265	0.263
	Eficacia											31.047	<0.001
Í.18	TCC	2.617 (0.163)	119.314	2.294-2.940	2.161 (0.182)	119.314	1.799-2.523	2.173 (0.180)	103.830	1.815-2.530			
	TCD	2.605 (0.164)	119.992	2.280-2.930	2.337 (0.179)	109.788	1.982-2.693	2.276 (0.180)	104.591	1.920-2.632			
	Comparación intervenciones											0.234	0.630
	Eficacia											4.250	0.017

		Pre			Post			Seguimiento			F	p
		Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC		
Í.19	TCC	1.204 (0.144)	120.091	0.918-1.490	0.872 (0.135)	111.239	0.605-1.138	1.070 (0.158)	102.380	0.756-1.384		
	TCD	1.352 (0.143)	120.083	1.069-1.636	1.083 (0.132)	110.803	0.821-1.345	0.832 (0.158)	103.175	0.519-1.145		
	Comparación intervenciones										0.068	0.795
Í.20	Eficacia										4.294	0.016
	TCC	2.833 (0.156)	120.023	2.525-3.141	1.927 (0.167)	108.054	1.604-2.251	2.078 (0.185)	97.770	1.712-2.445		
	TCD	3.002 (0.156)	120.089	2.694-3.310	2.200 (0.160)	108.048	1.882-2.518	2.220 (0.184)	98.494	1.855-2.586		
Í.21	Comparación intervenciones										1.479	0.226
	Eficacia										16.739	<0.001
	TCC	2.170 (0.155)	119.133	1.864-2.476	1.571 (0.162)	108.223	1.249-1.893	1.580 (0.180)	98.505	1.223-1.937		
Í.22	TCD	2.201 (0.153)	119.132	1.898-2.505	1.672 (0.159)	108.199	1.356-1.988	1.473 (0.179)	99.742	1.117-1.828		
	Comparación intervenciones										0.003	0.959
	Eficacia										9.480	<0.001
Í.23	TCC	0.350 (0.088)	119.934	0.177-0.523	0.222 (0.087)	109.302	0.049-0.394	0.201 (0.094)	102.639	0.016-0.387		
	TCD	0.203 (0.088)	120.137	0.030-0.377	0.251 (0.085)	109.224	0.081-0.420	0.306 (0.093)	103.603	0.121-0.491		
	Comparación intervenciones										0.002	0.963
Í.24	Eficacia										0.137	0.872
	TCC	2.583 (0.153)	120.197	2.281-2.886	1.478 (0.171)	108.755	1.139-1.817	1.633 (0.200)	101.478	1.236-2.031		
	TCD	2.631 (0.153)	120.610	2.328-2.933	1.600 (0.168)	108.338	1.266-1.933	1.698 (0.199)	102.786	1.303-2.094		
Í.24	Comparación intervenciones										0.168	0.682
	Eficacia										32.866	<0.001
	TCC	2.217 (0.191)	120.126	1.839-2.595	1.066 (0.188)	111.119	0.694-1.439	1.054 (0.186)	102.925	0.684-1.423		
Í.24	TCD	1.841 (0.191)	120.621	1.463-2.218	1.083 (0.185)	110.700	0.717-1.450	0.998 (0.186)	103.812	0.630-1.367		
	Comparación intervenciones										0.472	0.493
	Eficacia										23.556	<0.001

		Pre			Post			Seguimiento			F	p
		Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC		
Í.25	TCC	1.583 (0.163)	119.107	1.260-1.906	1.049 (0.138)	111.110	0.776-1.322	1.318 (0.174)	98.898	0.972-1.663	0.162	0.689
	TCD	1.716 (0.164)	120.099	1.391-2.041	1.242 (0.135)	110.661	0.973-1.510	1.192 (0.174)	99.669	0.848-1.536		
	Comparación intervenciones											
	Eficacia										8.749	<0.001
Í.26	TCC	1.950 (0.190)	120.406	1.573-2.327	1.418 (0.194)	113.949	1.033-1.803	1.290 (0.181)	106.835	0.931-1.650	0.715	0.400
	TCD	1.704 (0.190)	121.147	1.328-2.080	1.407 (0.191)	113.278	1.028-1.786	0.991 (0.180)	108.166	0.634-1.347		
	Comparación intervenciones											
	Eficacia										11.685	<0.001
Í.27	TCC	2.933 (0.128)	120.123	2.680-3.187	1.983 (0.182)	108.472	1.621-2.345	1.989 (0.198)	100.562	1.597-2.381	0.631	0.429
	TCD	2.917 (0.128)	120.355	2.664-3.171	1.746 (0.179)	108.393	1.391-2.101	1.818 (0.197)	101.712	1.427-2.208		
	Comparación intervenciones											
	Eficacia										31.979	<0.001
Í.28	TCC	2.550 (0.152)	120.220	2.248-2.852	1.681 (0.164)	109.959	1.355-2.006	1.735 (0.177)	100.711	1.384-2.086	0.045	0.832
	TCD	2.565 (0.152)	120.649	2.263-2.866	1.639 (0.161)	109.602	1.319-1.959	1.651 (0.176)	101.657	1.301-2.000		
	Comparación intervenciones											
	Eficacia										26.555	<0.001
Í.29	TCC	1.700 (0.143)	120.256	1.417-1.983	0.988 (0.144)	108.843	0.703-1.273	1.212 (0.161)	102.733	0.892-1.532	0.459	0.499
	TCD	1.818 (0.143)	120.722	1.535-2.101	1.164 (0.141)	108.411	0.884-1.444	1.247 (0.161)	103.801	0.928-1.565		
	Comparación intervenciones											
	Eficacia										17.301	<0.001
Í.30	TCC	2.567 (0.176)	120.113	2.218-2.915	1.648 (0.189)	112.959	1.275-2.022	1.567 (0.189)	106.822	1.193-1.941	0.557	0.457
	TCD	2.576 (0.176)	120.762	2.228-2.924	1.986 (0.185)	112.415	1.619-2.354	1.686 (0.188)	108.021	1.314-2.058		
	Comparación intervenciones											
	Eficacia										21.765	<0.001

		Pre			Post			Seguimiento			F	p	
		Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC	Media (DT)	df	95% IC			
Í.31	TCC	3.100 (0.118)	120.124	2.867-3.333	2.126 (0.162)	109.502	1.805-2.446	2.108 (0.186)	100.619	1.740-2.477			
	TCD	3.233 (0.118)	120.354	3.000-3.467	2.530 (0.159)	109.366	2.216-2.845	2.261 (0.185)	101.506	1.894-2.628			
	Comparación intervenciones											2.050	0.155
	Eficacia											30.349	<0.001
Í.32	TCC	2.783 (0.135)	120.111	2.516-3.051	2.155 (0.146)	114.075	1.866-2.444	2.155 (0.171)	101.755	1.776-2.453			
	TCD	2.508 (0.135)	120.870	2.242-2.775	2.181 (0.144)	113.473	1.897-2.466	1.943 (0.170)	102.396	1.606-2.281			
	Comparación intervenciones											0.723	0.397
	Eficacia											15.865	<0.001
Í.33	TCC	1.233 (0.150)	120.088	0.937-1.530	0.820 (0.146)	108.528	0.531-1.109	0.579 (0.134)	100.903	0.312-0.845			
	TCD	0.918 (0.150)	120.281	0.622-1.215	0.762 (0.143)	108.381	0.478-1.046	0.555 (0.134)	102.144	0.290-0.820			
	Comparación intervenciones											0.799	0.373
	Eficacia											8.553	<0.001
Í.34	TCC	0.500 (0.125)	120.331	0.252-0.748	0.191 (0.078)	107.738	0.036-0.346	0.109 (0.096)	102.689	-0.381			
	TCD	0.366 (0.125)	120.908	0.119-0.614	0.167 (0.077)	107.117	0.015-0.320	0.290 (0.096)	103.488	0.100-0.480			
	Comparación intervenciones											0.005	0.943
	Eficacia											4.658	0.011

Nota: Í. = Ítem; DT = Desviación Típica; df = Grados de Libertad; IC = Intervalo de Confianza; TCC = Terapia Cognitivo-Conductual; TCD = Terapia Centrad en Dilemas; CORE-OM = Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure

Para comprobar si la puntuación de los pacientes en cada ítem se agrupaba por intervenciones, se realizó un análisis de clústers con la puntuación de cada paciente en cada uno de los ítems durante la medición postratamiento y seguimiento. Como se muestra en las figuras 65-98 (anexo 7), las puntuaciones obtenidas en cada ítem del CORE-OM no dependen de la intervención realizada, puesto que las puntuaciones de los pacientes no se agrupan según la modalidad de intervención.

Se obtuvieron las gráficas de las medias de las puntuaciones de cada ítem en cada etapa del tratamiento y sus barras de error (95% IC). Estas gráficas fueron utilizadas para comprobar si existían diferencias según la intervención realizada, véase las siguientes figuras (14-18) y las figuras del anexo 8 (figuras 99-127).

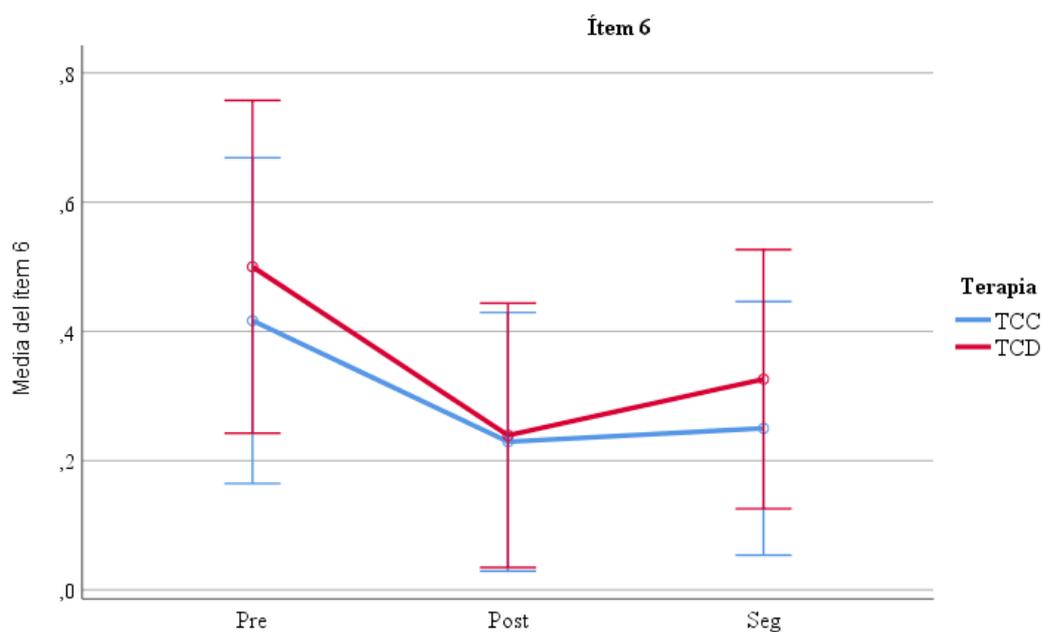


Figura 14. Comparación de medias del ítem 6 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

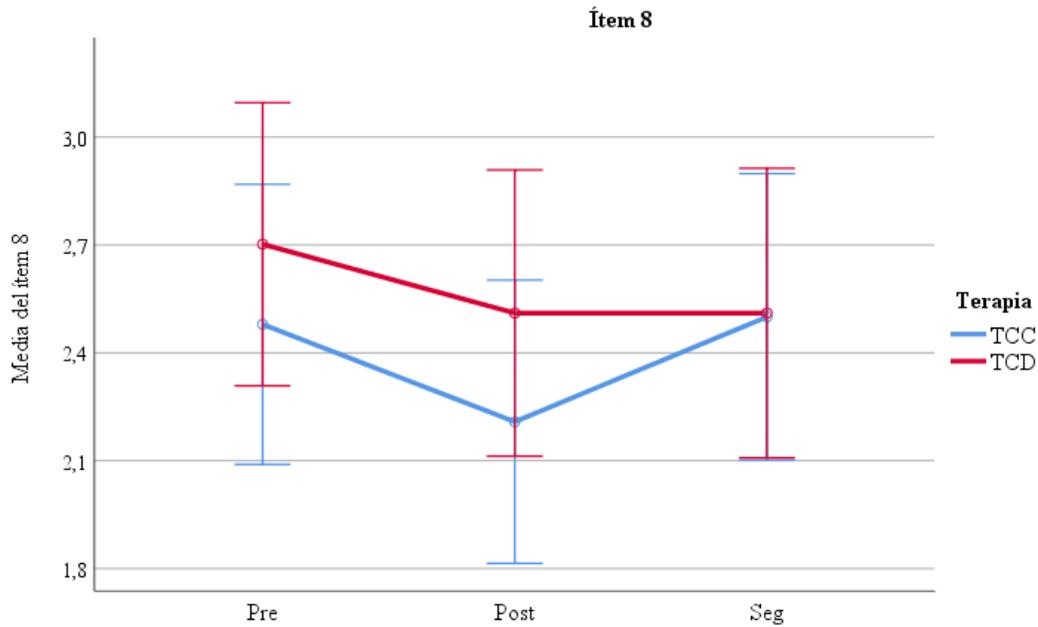


Figura 15. Comparación de medias del ítem 8 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

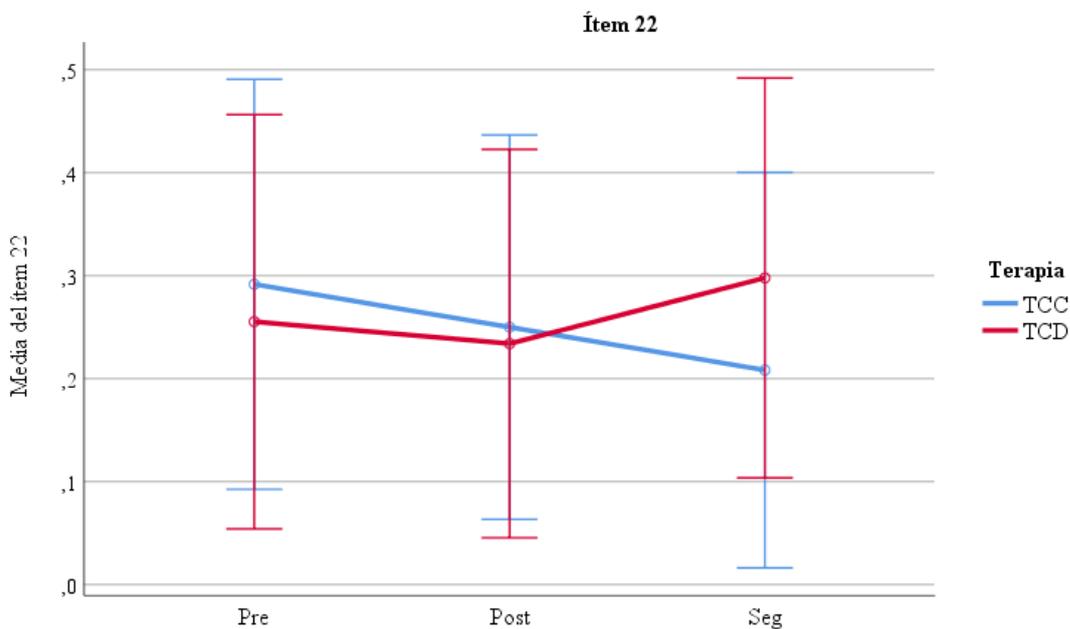


Figura 16. Comparación de medias del ítem 22 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

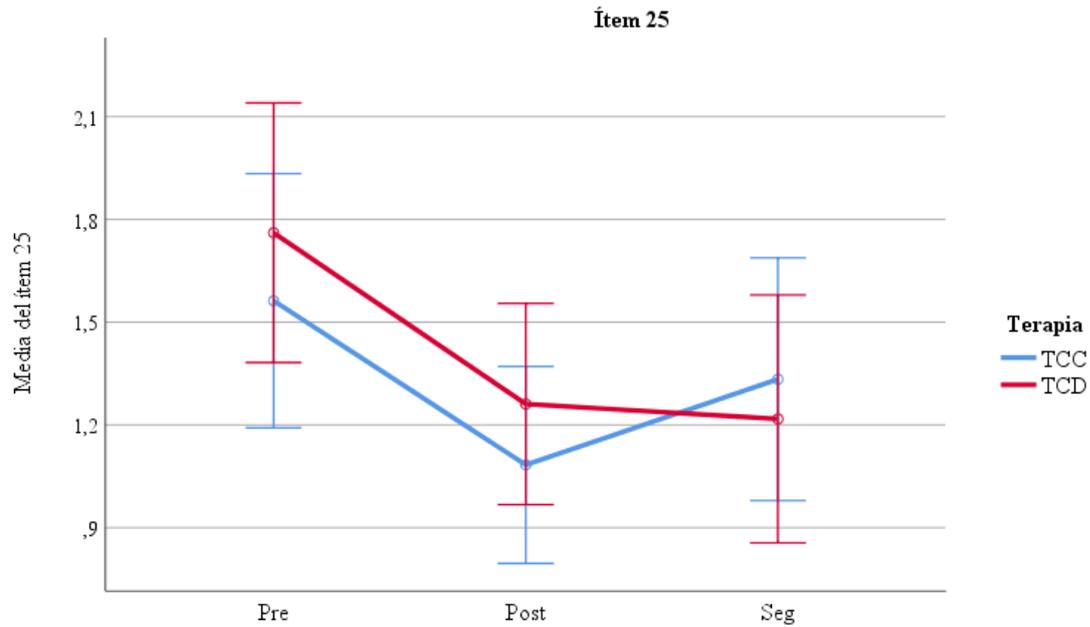


Figura 17. Comparación de medias del ítem 25 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

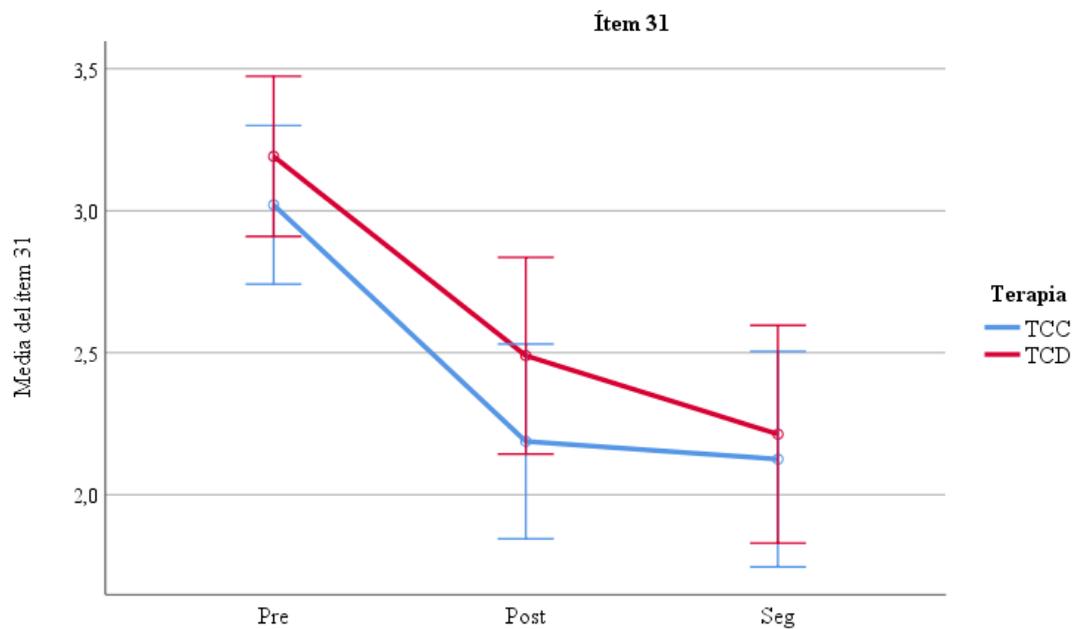


Figura 18. Comparación de medias del ítem 31 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

En la tabla 10 se muestran todos los tamaños del efecto mediante la D de Cohen para cada uno de los ítems del CORE-OM. Estos tamaños del efectos calculan la significación existente entre las diferencias de las puntuaciones para cada intervención. Como se puede apreciar en la tabla 10 la gran mayoría de los tamaños del efecto son pequeños.

Tabla 10*Tamaño del efecto de los ítems del CORE-OM*

	Post	Seguimiento
Ítem 1	0.184	0.306
Ítem 2	-0.625	0.250
Ítem 3	0.425	-0.138
Ítem 4	-0.128	0.464
Ítem 5	-0.336	0.272
Ítem 6	-0.243	-0.359
Ítem 7	-0.604	0.101
Ítem 8	-0.508	0.134
Ítem 9	-0.231	-0.665
Ítem 10	-0.804	0.333
Ítem 11	-0.552	0.759
Ítem 12	0.163	0.542
Ítem 13	-0.261	-0.287
Ítem 14	-0.376	0.123
Ítem 15	-0.682	-0.058
Ítem 16	-0.658	-0.368
Ítem 17	-0.488	-0.369
Ítem 18	-0.438	-0.275
Ítem 19	-0.620	0.602
Ítem 20	-0.641	-0.359
Ítem 21	-0.300	0.286
Ítem 22	-0.166	-0.490
Ítem 23	-0.339	-0.161
Ítem 24	-0.046	0.149
Ítem 25	-0.577	0.340
Ítem 26	0.029	0.638
Ítem 27	0.549	0.397
Ítem 28	0.128	0.231
Ítem 29	-0.525	-0.108
Ítem 30	-0.670	-0.301
Ítem 31	-0.783	-0.381
Ítem 32	-0.089	0.528
Ítem 33	0.197	0.089
Ítem 34	0.153	-0.686

CORE-OM = *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure*

5. Discusión

La presente tesis pretende comprender las posibles diferencias existentes entre la intervención cognitivo-conductual y la intervención centrada en dilemas a la hora de mejorar los síntomas del trastorno depresivo mayor y de la distimia. Aunque sabemos que ambas intervenciones son igual de eficaces en el tratamiento de la depresión (Feixas et al., 2016, 2018; Paz, 2016) a nivel global, no conocemos el modo en el que se comportan a la hora de tratar cada uno de los síntomas.

Antes de comenzar la discusión sobre los diversos objetivos de la tesis queríamos indicar que tal y como se muestra en el apartado de análisis previos (apartado 4.1) la muestra fue repartida de manera aleatoria entre las dos intervenciones. No se aprecian diferencias significativas en la medición pretratamiento entre las dos condiciones, ya sea en las características sociodemográficas de la muestra o en las puntuaciones medias obtenidas en los respectivos cuestionarios que se analizan en los objetivos de la tesis.

5.1. Diferencias entre los factores del BDI-II dependiendo de la intervención realizada

Aunque ambas intervenciones demuestran que disminuyen la puntuación de manera significativamente eficaz en cada uno de los factores, ni tras el tratamiento ni durante el seguimiento se pudieron encontrar diferencias significativas debidas a las intervenciones en ninguno de los dos factores. Además, los análisis de clústers que muestran cómo se agrupan las puntuaciones de los pacientes en cada uno de los factores (cognitivo-afectivo y somático-motivacional), estas no aparecen agrupadas según la intervención realizada. Por lo que esto nos indica que no existen diferencias significativas entre las puntuaciones de los pacientes que realizaron la TCD y la TCC, ya que de existir un patrón diferencial los pacientes se

habrían agrupado por intervención realizada no mostrándose esta variable tan distribuida en los dendrogramas.

Respecto al factor cognitivo-afectivo, podemos apreciar (tanto en el análisis de modelos lineales mixtos, como en el análisis de clústers) que ambas intervenciones mejoran los síntomas relacionados con este factor prácticamente en el mismo grado, teniendo unas medias, desviaciones típicas muy similares en cada uno de los tiempos que se han medido. Por ello no se encuentran diferencias significativas entre una intervención y otra.

En cuanto al factor somático-motivacional, tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas, aunque se puede apreciar que las puntuaciones medias son inferiores en la intervención centrada en dilemas respecto a la intervención cognitivo-conductual, siendo esta diferencia más pronunciada en el seguimiento. Por lo que se puede apreciar una tendencia, representada tanto en las puntuaciones medias, como en la significación de cada una de las intervenciones que se muestran en la gráfica correspondiente (véase figura 5), que apunta a que la intervención centrada en dilemas disminuye en mayor medida los síntomas del factor somático-motivacional. Esta tendencia también se puede apreciar en los tamaños medios del efecto para este factor. Sin embargo, en los dendrogramas no se aprecia que las puntuaciones obtenidas por los participantes se agrupen de una manera determinada dependiendo de la intervención realizada.

Esta falta de diferencias claras parece ser debida a que ambas intervenciones están mejorando cada uno de los factores que componen los trastornos depresivos en la misma medida y del mismo modo, por ello no se aprecian diferencias en la mejora particular de ningún factor. Los análisis de clúster tampoco muestran que las puntuaciones de los participantes se agrupen dependiendo de la terapia. Estos resultados son consecuentes con la línea de investigación que defienden algunos autores dentro de la cual se postula que las

psicoterapias funcionan todas en el mismo grado debido a los factores comunes que comparten (Campagne, 2014; Lambert, 1992; Lambert y Bergin, 1994; Uribe, 2008), ya que esto explicaría porque ambas intervenciones son igual de eficaces en la mejora de cada uno de los síntomas. Existen también diversos metaanálisis, que analizan múltiples estudios en los que se investiga la eficacia del tratamiento de la depresión en dos psicoterapias comparándolas entre ellas, cuyos resultados demuestran que no existen diferencias significativas entre la eficacia de las diversas psicoterapias (Cuijpers, 2017, Cuijpers et al., 2016).

5.2.Diferencias entre las escalas del CORE-OM dependiendo de la intervención realizada

El segundo objetivo planteado fue analizar si existen diferencias en los factores, bienestar, problemas, funcionamiento y riesgo del CORE-OM dependiendo de la intervención realizada. No se pueden apreciar diferencias significativas. Además, los dendrogramas muestran que las puntuaciones de los pacientes en cada uno de los factores no se agrupan por la intervención realizada.

En los resultados del modelo lineal mixto se encuentran tamaños del efecto pequeños, en todos los factores que componen el CORE-OM por lo que no se puede afirmar que ninguna de las intervenciones mejore en alguna medida un factor más que la otra intervención. Como ya apuntamos en el apartado anterior esto puede ser debido a los factores comunes de las intervenciones, por lo que los resultados obtenidos son coherentes con las investigaciones que hemos mencionado anteriormente.

5.3. Diferencias entre los ítems del BDI-II dependiendo de la intervención realizada

El siguiente objetivo consistió en encontrar diferencias entre la mejora que producen las intervenciones en cada uno de los ítems del BDI-II. Los resultados nos indican que ambas intervenciones presentan diferencias significativas en la mejora de cada uno de los ítems del BDI-II, es decir, ambas intervenciones son eficaces en la mejora de todos y cada uno de los ítems del BDI-II. Aunque no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los ítems que indiquen que una intervención mejora en mayor medida algún síntoma más que la otra, esto es apreciable en los resultados del modelo lineal mixto, en las gráficas y en los dendrogramas del análisis de clústers.

Aunque ningún ítem muestra una diferencia significativa en la mejora según la intervención usada ni tampoco los ítems se agrupan por intervención en los análisis de clústers, algunos ítems sí muestran que su significación entre intervenciones es menor que la obtenida en el resto de los ítems, además sus tamaños del efecto se acercan al 0.8 a partir del cual se puede considerar un tamaño del efecto grande. Esta tendencia se puede apreciar en los ítems 4, 5 y 12 en la medición del seguimiento y el ítem 21 en la medición postratamiento.

El ítem 4, pérdida de placer, pertenece al factor somático-motivacional. Este ítem presenta puntuaciones similares tanto en la medición tomada durante la fase pretratamiento como en la fase postratamiento, pero en la medida tomada durante el seguimiento se puede apreciar que se presentan puntuaciones menores en la intervención centrada en dilemas que en la intervención cognitivo-conductual (véase figura 10 y tabla 8).

En el ítem 5, sentimientos de culpa, el cual pertenece al factor cognitivo-afectivo, encontramos una media menor en todas las mediciones de la intervención cognitivo-

conductual frente a las observadas en la intervención centrada en dilemas, mostrando una tendencia de mejora mayor en la intervención cognitivo-conductual.

El ítem 12, pérdida de interés, pertenece al factor somático-motivacional y presenta una media menor en la intervención centrada en dilemas que en la intervención cognitivo-conductual, sobre todo en la medición realizada durante el seguimiento. Mostrando una tendencia de mayor mejora en la intervención centrada en dilemas, lo cual también se puede apreciar en la gráfica y en el tamaño del efecto (véase figura 12 y tabla 8).

En el caso del ítem 21, pérdida de interés en el sexo, correspondiente al factor somático-motivacional, podemos apreciar una diferencia a favor de la intervención centrada en dilemas. Cómo se puede apreciar en las medias y en la gráfica correspondiente (véase figura 13) esta diferencia se encuentra en la medición postratamiento cuya puntuación media es casi medio punto inferior en la intervención centrada en dilemas. Este es el único ítem que presenta un tamaño del efecto grande ($d = 0.829$).

Estos resultados se corresponden con los encontrados en el primer objetivo, ya que la mayoría de los ítems que presentan una puntuación más cercana a la puntuación significativa se corresponden con el factor somático-motivacional y presentan una media inferior en la intervención centrada en dilemas que en la intervención cognitivo-conductual. Esto podría explicar porque, aunque el factor somático-motivacional no muestre una diferencia significativa si presente un tamaño del efecto medio.

A pesar de esta tendencia mostrada en los resultados del modelo lineal mixto y en las gráficas en los ítems 4, 5 y 21, esto no se aprecia en los dendrogramas correspondientes, ya que en estos dendrogramas se muestra que las puntuaciones de los participantes en todos y cada uno de los ítems no se agrupan dependiendo de la intervención realizada, por lo que los

resultados del análisis de clústers nos indican que no existen diferencias significativas en ningún ítem según la intervención. Esto indicaría que las diferencias encontradas por el modelo lineal mixto pueden ser debidas a la gran cantidad de variables que hemos analizado, ya que al analizar una cantidad considerable de variables existe la probabilidad de que alguna de ellas sea significativa.

Estos resultados concuerdan con las ideas de otros autores que defienden que todas las intervenciones son igual de eficaces, ya que lo importante de las mismas no son las técnicas sino los mecanismos subyacentes (Campagne, 2014; Lambert, 1992; Lambert y Bergin, 1994; Uribe, 2008). Por lo que los resultados obtenidos en la tesis son consecuentes con los resultados obtenidos por diversos metaanálisis que analizan estudios en los que se demuestran que dos psicoterapias para el tratamiento de la depresión son igual de eficaces (Cuijpers, 2017, Cuijpers et al., 2016). Al igual que los resultados obtenidos en los dos objetivos anteriores, con referencia a este objetivo encontramos que los resultados son coherentes con las investigaciones cuyos resultados demuestran que la intervención centrada en dilemas es igual de eficaz que la intervención cognitivo-conductual (Feixas et al., 2016, 2018; Paz, 2016).

5.4.Diferencias entre los ítems del CORE-OM dependiendo de la intervención realizada

El cuarto objetivo planteado fue explorar diferencias entre la mejora de cada uno de los ítems del CORE-OM dependiendo de la intervención que se hubiese realizado. Respecto a este objetivo los resultados no reportan diferencias significativas en ninguno de los ítems dependiendo de la intervención, ni tampoco encontramos que las puntuaciones de los participantes se agrupen dependiendo de la intervención. Por lo que no podemos afirmar que las diferencias tengan significación. La mayoría de los ítems mejoran significativamente

independientemente de la intervención realizada, aunque existen tres excepciones, los ítems 6, 8 y 22, que no mejoran con ninguna de las dos intervenciones.

En el caso del ítem 6 (He sido violento físicamente hacia los demás) y del ítem 22 (He amenazado o intimidado a otra persona), pertenecen al factor de riesgo, por lo que su falta de mejora puede ser debida a que su puntuación pretratamiento es demasiado baja como para sufrir una disminución estadísticamente significativa.

Respecto al ítem 8 (He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos) perteneciente al factor de problemas. Las puntuaciones previas se corresponden con el criterio de puntuaciones consideradas clínicas para este cuestionario (puntuaciones superiores a 1) y apenas disminuye tras realizarse el tratamiento, ni en el seguimiento para ninguna de las intervenciones. Esto concuerda con la experiencia clínica de nuestro grupo de investigación con la psicoterapia para pacientes con dolor, según la cual es más difícil obtener cambios en las medidas de dolor que en otros síntomas.

A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas en la mejora de cada ítem debidas a la intervención cognitivo-conductual o a la intervención centrada en dilemas, si encontramos en el ítem 31 (Me he sentido optimista sobre mi futuro) una tendencia, con un tamaño del efecto medio, en la cual se aprecia que los pacientes asignados a la intervención cognitivo-conductual presentan puntuaciones más bajas en la medición postratamiento que los asignados a la intervención centrada en dilemas. Aunque estos resultados no son congruentes con los encontrados en el análisis de clústers, en este análisis se aprecia que las puntuaciones de los participantes para este ítem no se agrupan dependiendo de la intervención realizada. Por lo que no existen diferencias significativas entre los participantes que realizaron la terapia centrada en dilemas y los que realizaron la terapia cognitivo-conductual. Así, esta diferencia encontrada en los resultados del modelo lineal

mixto puede ser debida a la gran cantidad de variables analizadas. De hecho, en el caso de que se hubieran encontrado diferencias entre tratamientos en más ítems, estas deberían ser muy grandes para poder sobrevivir a la corrección por comparaciones múltiples (Bonferroni u otra) y poderlas considerar significativas estadísticamente.

Estos resultados son coherentes con las investigaciones mencionadas en los apartados anteriores.

6. Conclusions

The main objective of this doctoral thesis was to examine the differential effects of two interventions for patients with depression—cognitive-behavioural and dilemma-focused interventions – on a wide variety of symptoms. We have analyzed these objectives in the previous sections, and have reached the following conclusions regarding the effect of each type of intervention on different depressive symptoms:

-The objective of offering each patient the most appropriate therapy according to their initial symptom profile has not been fulfilled, because we found no differences between the effects of the therapies on any of the symptoms studied. Symptoms improved equally and to the same extent with both interventions.

-Both combined therapies (group + individual cognitive-behavioural intervention and group cognitive-behavioural + individual dilemma-focused intervention) were effective in improving depressive symptoms, as represented in the factors and items on each questionnaire.

-The idea that patients can be classified in subgroups according to their symptom profile is rejected, because in none of the symptoms or factors studied were the participants grouped according to the type of therapy received.

-Regardless of the initial symptoms presented, symptom variations were not influenced by the type of intervention to which patients were assigned.

6.1.Strengths and Limitations

6.1.1. Strengths

This study assesses how depressive symptoms are modified by cognitive-behavioural and dilemma-focused interventions. The conclusion is that all symptoms improved in an equivalent way regardless of the type of intervention.

There are few studies of the effect on depressive symptoms (represented by items in a questionnaire) of the use of an intervention of a particular kind. The fact that our detailed analysis did not reveal any differences has implications for research into psychological treatments for depression, because it lends credence to the theory of the centrality of common factors in psychotherapy. Another relevant aspect of our study is that it may be the first to demonstrate the value of a manualized treatment, combining group and individual interventions, and to assess its effects on each of the symptoms. Although previous studies have explored overall improvement in depressive disorders using a variety of interventions, none has analysed how these interventions affected each individual symptom in such a comprehensive and detailed way.

Another strength of this study is that patients came from a naturalistic environment. This feature, added to the avoidance of excessively restrictive exclusion criteria, increases the study's external validity. Finally, the analyses show that the efficacy of this new dilemma-focused intervention is not limited to a specific set of symptoms; rather, it follows a common pattern of improvement for each of the symptoms of depression.

6.1.2. Limitations

The main limitation of this thesis is the small sample size, considering the number of variables analysed. The aim of finding significant differences in the improvement of depression symptoms due to the intervention is complicated by the small number of subjects studied.

Another limitation with respect to the sample is that only subjects with a major depressive disorder or dysthymia disorder who had at least one dilemmatic conflict participated. In other words, not all subjects with major depressive disorder or dysthymia disorder were included. Although the percentage of those excluded for not presenting a cognitive conflict was below 15%, the representativeness of the sample is biased with respect to this factor.

This doctoral thesis analysed differences between cognitive-behavioural and dilemma-focused interventions. However, both interventions represented only one part of a longer treatment, which included a first stage in which all patients underwent a cognitive-behavioural group intervention. This means that we cannot determine the impact of this cognitive-behavioural group intervention on the improvement of each depression symptom; perhaps this initial group intervention was responsible for the lack of differences in symptom improvement between the two subsequent interventions.

We compared two interventions which, in addition to sharing a common prior intervention (group cognitive-behavioural therapy), both have a cognitive focus in their individual part. The hypothesis of the presence of common factors in depression might be more supported if the effects on depressive symptoms were analysed with approaches that differed more substantially (e.g., psychoanalytic, systemic, or humanistic approaches).

6.2.Future Research

The question of how the differences between interventions improve individual depressive symptom has not been studied in depth. More research is needed in this field to confirm the results of the present thesis and to expand the existing body of data.

In the first place, it would be useful to replicate this research with larger numbers of subjects in each group. This would allow us either to confirm our results or to determine whether our results were impaired by the lack of statistical power.

Another future line of research is to assess whether there are significant differences with regard to other kinds of therapy. This is fundamental to understanding how the psychotherapies really operate in the improvement of depressive symptoms. It might be possible to establish whether all forms of psychotherapy act to the same degree on each symptom, or whether some forms improve different symptoms of depression to a greater or lesser extent. This knowledge would be useful for improving the efficacy of psychotherapies; if we can identify interventions that improve particular symptoms, it would be possible to apply personalized interventions for different patients.

6.3.From research to practice

The main practical implication is that the group cognitive-behavioural intervention plus the individual dilemma-focused intervention improved each symptom of depression to the same degree as group plus individual cognitive-behavioural intervention. For this reason, the individual dilemma-focused plus group cognitive-behavioural intervention has received empirical support and has demonstrated its effectiveness in the treatment of major depressive disorder. Our results thus provide therapists with a new option for focusing their therapy.

7. Referencias

- American Psychiatric Association (1952). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales I*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1968). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales II*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2016). *Superando la depresión*. Recuperado de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos.pdf>
- Aragonès, E., Lluís Piñol, J., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, *41*(10), 545–551. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011>
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldo, V., y Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial randomised controlled trial. *British Journal Of Psychiatry*, *187*, 456–461.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Cory, J., y Lapsley, H. (2004). Utilising Survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten

- mental disorders. *British Journal Of Psychiatry*, 184(6), S26–S33. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.6.52>
- Bados, A., y García-Grau, E. (2013). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Manual de tratamiento en grupo*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., y Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2–4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barlow, D. H., Ellard, K., Fairholme, C., Farchione, T., Boisseau, C., Allen, L., y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barraca, J. (2016). La activación conductual en la práctica: Técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 165–66. <https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>
- Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., ... Cuijpers, P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: A network meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4), 324–333. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>

- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, *10*, 561–571. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and therapeutic aspects*. New York: Harper y Row.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. J. Clayton y J. E. Barrett (Eds.). *Treatment of depression. Old controversies and new approaches* (pp. 265–284). New York: Raven Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *1*, 5–37.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, *46*(4), 368–375. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368>
- Beck, A. T., y Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, *4*(4), 596–619. <https://doi.org/10.1177/2167702616628523>
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guildford.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beltman, M. W., Oude Voshaar, R. C., y Speckens, A. E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised

- controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 197(1), 11–19.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.064675>
- Boland, R. J., y Keller, M. (2002). Course and outcome of depression. En I. H. Gotlib y C. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 43–57). New York: Guilford.
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., ... Liu, E. T. H. (2013). Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: Meta-analysis of individual patient data. *BMJ (Online)*, 346(7899). <https://doi.org/10.1037/0022006X.75.3.47510.1136/bmj.f540>
- Braakmann, D. (2015). Historical paths in psychotherapy research. En O. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken (Eds.). *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (pp. 39–65). Viena: Springer.
- Campagne, D. M. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(121), 75–95. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000100005>
- Caro, I. (2013). Lo cognitivo en psicoterapias cognitivas. Una reflexión crítica. *Boletín de Psicología*, 107, 37–69.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Korten, A. E., Brittliffe, K., y Groves, C. (2004). A comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a cognitive behavior therapy website. *Journal of Medical Internet Research*, 6(4). <https://doi.org/10.2196/jmir.6.4.e46>

- Christensen, H., Griffiths, K. M., y Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: Randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328(7434), 265. <https://doi.org/10.1136/bmj.37945.566632.EE>
- Cimpianu, C. L., Strube, W., Falkai, P., Palm, U., y Hasan, A. (2017). Vagus nerve stimulation in psychiatry: A systematic review of the available evidence. *Journal of Neural Transmission*, Vol. 124, 145–158. <https://doi.org/10.1007/s00702-016-1642-2>
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., ... Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
- Cuijpers, P., Reynolds, C. F., Donker, T., Li, J., Andersson, G., y Beekman, A. (2012). Personalized treatment of adult depression: Medication, psychotherapy, or both? A systematic review. *Depression and Anxiety*, 29(10), 855–864. <https://doi.org/10.1002/da.21985>
- Cuijpers, P. (2014). Personalized treatment for functional outcome in depression. *Medicographia*, 36(4), 476–481.
- Cuijpers, P. (2015). Psychotherapies for adult depression: Recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, Vol. 28, 24–29. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000121>

- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, Vol. 58, 7–19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T., y Van Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(6), 354–364. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., y Dobson, K.S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 58). <https://doi.org/10.1177/070674371305800702>
- Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G., y Cristea, I. A. (2016). Personalized psychotherapy for adult depression: a meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 47(6), 966–980. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.04.007>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Pot, A. M., Park, M., y Reynolds, C. F. (2014). Managing depression in older age: Psychological interventions. *Maturitas*, Vol. 79, 160–169. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.027>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., Karyotaki, E., de Wit, L., y Ebert, D. D. (2018). Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 239, 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.050>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., y Reynolds, 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. <https://doi.org/10.1002/wps.20038>
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., y Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 196, 173–178. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066001>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., y van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>
- Cuijpers, P., Vogelzangs, N., Twisk, J., Kleiboer, A., Li, J., y Penninx, B. W. (2014). Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *American Journal of Psychiatry*, 171, 453–462. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13030325>
- Cuijpers, P., Weitz, E., Twisk, J., Kuehner, C., Cristea, I., David, D., ... Hollon, S. D. (2014). Gender as predictor and moderator of outcome in cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for adult depression: An “individual patient data” meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 31(11), 941–951. <https://doi.org/10.1002/da.22328>
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 13(1), 28–35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>

- David, D., Cristea, I., y Hofmann, G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(4).
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., y Cosman, D. (2008). Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, posttreatment outcomes, and six-month follow-up. *Journal of Clinical Psychology*, 64(6), 728–746.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20487>
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52–77.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
- Dunlop, B. W., Kelley, M. E., Mletzko, T. C., Velasquez, C. M., Craighead, W. E., y Mayberg, H. S. (2012). Depression beliefs, treatment preference, and outcomes in a randomized trial for major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 46(3), 375–381. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.11.003>
- Duque, A., López-Gómez, I., Blanco, I., y Vázquez, C. (2015). Modificación de Sesgos Cognitivos (MSC) en depresión: Una revisión crítica de nuevos procedimientos para el cambio de sesgos cognitivos. *Terapia Psicológica*, 33, 103–116.
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., y Gilbody, S. (2014). Behavioural activation for depression; An update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS ONE*, 9(6).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100100>

- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., y McGrath, G. (2000). Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247–255. <https://doi.org/10.1080/jmh.9.3.247.255>
- Feixas, G., Bados, A. y Garcia-Grau, E. (2011). *Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (ESAT)*. Documento no publicado. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Paz, C., Montesano, A., Compañ, V., ... Lana, F. (2016). A dilemma-focused intervention for depression: A multicenter, randomized controlled trial with a 3-month follow-up. *Depression and Anxiety*, 33(9), 862–869. <https://doi.org/10.1002/da.22510>
- Feixas, G., y Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la Depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., y Compañ, V. (2016). Dilemma-focused intervention for unipolar depression: a treatment manual. *BMC Psychiatry*, 16(235), 1–28. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0947-x>
- Feixas, G., y Cornejo J. (1996). *Manual de la Técnica de Rejilla mediante el Programa RECORD v. 2.0*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., y Cornejo, J. (2002). *A manual for the repertory grid using the GRIDCOR programme (Version 4.0)*. Recuperado de www.terapiacognitiva.net/record
- Feixas, G., Cornejo, J., y Laso, E. (n.d.). RECORD 5.0 Análisis de correspondencias de constructos personales. Recuperado de <http://www.tecnicaderejilla.net>

- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., ... López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109–135.
- Feixas, G., y Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Montesano, A., Compañ, V., Salla, M., Dada, G., Pucurull, O., ... Guàrdia, J. (2014). Cognitive conflicts in major depression: Between desired change and personal coherence. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(4), 369–385.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12050>
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., y Arroyo, S. (2009). Terapia sistémica de pareja de la depresión. Un estudio de caso único. *Apuntes de Psicología*, 27(2–3), 273–287.
- Feixas, G., Paz, C., García-Grau, E., Montesano, A., Medina, J. C., Bados, A., ... Winter, D. A. (2018). One-year follow-up of a randomized trial with a dilemma-focused intervention for depression: Exploring an alternative to problem-oriented strategies. *PLOS ONE*, 13(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208245>
- Feixas, G., y Saúl, L. Á. (2000). *Detección, análisis e intervención en dilemas implícitos*. Recuperado de [http://www.ub.edu/personal/Protocolo Castellano/Protocolo-CASTELLANO.htm](http://www.ub.edu/personal/Protocolo%20Castellano/Protocolo-CASTELLANO.htm)
- Feixas, G., y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: an investigation on the role of cognitive conflicts in health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69–78.
<http://doi.org/10.1017/S1138741600004765>

- Feixas, G., Saúl, L. A., y Ávila-espada, A. (2009). Viewing Cognitive Conflicts as Dilemmas: Implications for Mental Health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(2), 141–169. <https://doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Feixas, G., Saúl, L. Á., Winter, D., y Watson, S. (2008). Un estudio naturalista sobre el cambio de los conflictos cognitivos durante la psicoterapia. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 243–255.
- Feixas, G., y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fennell, M. J. (1989). Depression. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, y D. M. Clark (Eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide* (pp. 169–234). Oxford: Oxford University Press.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders, clinician version (SCID-CV)*. New York: Biometrics Research Department.
- Fransella, F., Bell, R., y Bannister, D. (2004). *A manual for repertory grid technique* (2nd ed). Chichester, England: Wiley.
- Frías Ibáñez, A., González Vallespí, L., Palma Sevillano, C., y Farriols Hernando, N. (2016). Motivation for change as a predictor of treatment response for dysthymia. *Psicothema*, 28(2), 156–160. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.211>

- Fuchs, C., y Rehem, L. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 206–215.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.2.206>
- Gelo, O., y Manzo, S. (2015). Quantitative approaches to treatment process, change process, and process-outcome research. En O. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken (Eds.). *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (pp. 247–278). London: Springer.
- Gelo, O., Pritz, A., y Rieken, B. (2015). *Psychotherapy research. Foundations, process, and outcome*. Londres: Springer.
- Gollan, J. K., Friedman, M. A., y Miller, I. W. (2002). Couple therapy in the treatment of major depression. En A. S. Gurman y N. S. Jacobson (Eds.). *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 653–676). New York: Guilford Press.
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., y Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico origen e implicaciones en los cuidado de salud mental (2018). *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*(133), 145–166.
- Green, E., Goldstein-Piekarski, A. N., Schatzberg, A. F., Rush, A. J., Ma, J., y Williams, L. (2016). Personalizing antidepressant choice by sex, body mass index, and symptom profile: An iSPOT-D report. *Personalized Medicine in Psychiatry, 1–2*, 65–73.
<https://doi.org/10.1016/j.pmip.2016.12.001>

- Greenberg, P. E., y Birnbaum, H. G. (2005). The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 6(3), 369–376. <https://doi.org/10.1517/14656566.6.3.369>
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718–779. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery y Psychiatry*, 23, 56–62.
- Hardy, G. E., y Llewelyn, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. En O. Gelo, A. Pritz, y B. Rieken (Eds.). *Psychotherapy Research. Foundations, Process, and Outcome* (pp. 183–194). London: Springer.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives Of General Psychiatry*, 62(10), 1097–1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Heider, F. (1946). Attitudes and Cognitive Organization. *The Journal of Psychology*, 21, 107-112.
- Hertel, P. T., y Mathews, A. (2011). Cognitive bias modification: Past perspectives, current findings, and future applications. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 521–536. <https://doi.org/10.1177/1745691611421205>

- Hinkle, D. (2010). The change of personal constructs from the viewpoint of a theory of construct implications. *Personal Construct Theory y Practice*, 7(1). Recuperado de <http://www.pcp-net.org/journal/pctp10/hinkle1965.pdf>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 36, 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hollon, S. D., Muñoz, R. F., Barlow, D. H., Beardslee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G., ... Sommers, D. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: Promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry*, 52(6), 610–630. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01384-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01384-7)
- Hooke, G. R., y Page, A. C. (2002). Predicting outcomes of group cognitive behavior therapy for patients with affective and neurotic disorders. *Behavior Modification*, 26(5), 648–658. <https://doi.org/10.1177/014544502236655>
- Jones, E., y Asen, E. (2000). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Katsanis, S. H., Javitt, G., y Hudson, K. (2008). A case study of personalized medicine. *Science*, 30(5872), 53–54. <https://doi.org/10.1126/science.1156604>
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kelly, G. A. (1970). A brief introduction to personal construct theory. En D. Bannister (Ed.), *Perspectives in Personal Construct Theory*. London: Academic Press.

Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., ...

Ustün, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 90–100. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.180>

Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron E. *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books; New York: 1984

Koster, E. H., Fox, E., y MacLeod, C. (2009). Introduction to the special section on cognitive bias modification in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 1–4. <https://doi.org/10.1037/a0014379>

Kramer, M. D., Krueger, R. F., y Hicks, B. M. (2008). The role of internalizing and externalizing liability factors in accounting for gender differences in the prevalence of common psychopathological syndromes. *Psychological Medicine*, 38(1), 51–61. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001572>

Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J. C. Norcross y M. C. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.

Lambert, M. J. (2013). Introduction and Historical Overview. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 3–20). New Jersey: John Wiley y Sons, Inc.

- Lambert, M. J., y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143–189). New York: Wiley.
- Laplanche, J., y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós
- Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martinez, E., Gutiérrez-Castrelló, P., Angeles-Llerenas, A., Hernández-Garduño, A., y Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud Publica de Mexico*, 46(6), 559–584.
- Leichsenring, F., y Steinert, C. (2017). Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? *JAMA*, 318(14), 1323. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.13737>
- Lewinsohn, P. M. (1974). Clinical and theoretical aspects of depression. En K. Calhoun, H. Adams, y K. Mitchell (Eds.). *Innovative treatment methods in psychopathology* (pp. 63–120). New York: Wiley.
- López-González, M. (2016). *Evaluación de la actividad científica de la técnica psicológica de rejilla a través de indicadores bibliométricos*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, Spain.
- López-Pina, J. A., Sánchez-Meca, J., y Rosa-Alcázar, A. I. (2009). The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 143–159.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H.-H., y Riedel-Heller, S. G. (2006). Cost-of-illness studies of depression A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98(1–2), 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.017>

- Manning, J. J., Hooke, G. R., Tannenbaum, D., Blythe, T. H., y Clarke, T. M. (1994). Intensive cognitive-behaviour group therapy for diagnostically heterogeneous groups of patients with psychiatric disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 667–674. <https://doi.org/10.1080/00048679409080790>
- Martínez-Amorós, E., Cardoner, N., Gálvez, V., y Urretavizcaya, M. (2012). Effectiveness and pattern of use of continuation and maintenance electroconvulsive therapy. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(4), 241–253. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.06.004>
- Mathers, C. D., y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>
- McEvoy, P.M., y Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 344–350.
- McEvoy, Peter M., Nathan, P., y Norton, P. J. (2009). Efficacy of Transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20–33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- Melis, F., Feixas, G., Varlotta, N., González, L. M., Ventosa, A., Krebs, M., y Montesano, A. (2011). Conflictos cognitivos (dilemas) en pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(1), 41–48.
- Meyerhoff, J., Young, M. A., y Rohan, K. J. (2018). Patterns of depressive symptom remission during the treatment of seasonal affective disorder with cognitive-

- behavioral therapy or light therapy. *Depression and Anxiety*, 35(5), 457–467.
<https://doi.org/10.1002/da.22739>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Ministerio de Sanidad (Ed.). Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.
- Moacyr, R. A., y Lisanby, S. H. (2012). Somatic treatments for mood disorders. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 102–116. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.225>
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. A., Erazo Caicedo, M. I., Dada, G., y Winter, D. (2016). Conflictos cognitivos y gravedad de los síntomas en la distimia: “Prefiero ser bueno que feliz.” *Salud Mental*, 37(1), 41–48.
<https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.006>
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. Á., y Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: a meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2997–3006.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S91861>
- Murphy, J. A., y Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 139(2), 172–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.033>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults* (Informe N.:90). London: The British Psychological Society.

- Neimeyer, R. A., y Feixas, G. (1989). Trastornos en el proceso de construcción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 26, 52–59.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J., y Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, Vol. 31, 89–103. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.008>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Perri, M. (1989). *Problem-Solving Therapy for Depression: Theory Research and Clinical Guidelines*. New York: Wiley.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades*. 10th ed. Organización Mundial de la Salud (Ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Depresión*. Recuperado en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Orts, M. I. (2015). Utilización de la investigación y práctica basada en la evidencia. In M. I. Orts (Ed.), *Práctica basada en la evidencia* (pp. 1–29). Barcelona: Elsevier.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., y Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(1), 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.07.004>

- Parikh, S. V., Segal, Z. V., Grigoriadis, S., Ravindran, A. V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., y Patten, S. B. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Journal of Affective Disorders*, 117(SUPPL. 1).
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.042>
- Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109–118. <https://doi.org/10.1037/h0024436>
- Paz, C. (2016). *Cambio en los conflictos cognitivos y la construcción del sí mismo en dos modalidades de terapia cognitiva para la depresión*. Universitat de Barcelona.
- Pérez Álvarez, M. (2015). Más allá del DSM-5: dimensiones transdiagnósticas y psicopatología fenomenológica. *Psicoevidencias*, 42, 1–11.
- Perini, S., Titov, N., y Andrews, G. (2008). The Climate Sadness program of internet-based treatment for depression: A pilot study. *E-Journal of Applied Psychology*, 4(2), 18–24. <https://doi.org/10.7790/ejap.v4i2.135>
- Perls, F., Hefferline, R., y Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. Nueva York: Delta.
- Piaget, J. (1974). *La prise de conscience*. París, Presses universitaires de France
- Proudfoot, J., Swain, S., Widmer, S., Watkins, E., Goldberg, D., Marks, I., ... Gray, J. A. (2003). The development and beta-test of a computer-therapy program for anxiety and depression: Hurdles and preliminary outcomes. *Computers in Human Behavior*, 19, 277–289. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(02\)00062-6](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(02)00062-6)

- Ramos-Brieva, J., y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología Psiquiátrica*, 14, 324–334.
- Reibstein, J., y Sherbersky, H. (2012). Behavioural and empathic elements of systemic couple therapy: The Exeter Model and a case study of depression. *Journal of Family Therapy*, 34(3), 271–283. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00601.x>
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1117–1125. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
- Robinson, L. A., Berman, J. S., y Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108(1), 30–49. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.1.30>
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Oxford, England: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a person: A psychotherapists view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., ... Carlbring, P. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of internet interventions. *Internet Interventions*, 1(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.001>
- Ryle, A. (1979). The focus in brief interpretive psychotherapy: Dilemmas, traps and snags as target problems. *The British Journal of Psychiatry*, 134, 46–54.

Sánchez, A. J. (2013). Psicofarmacología de la depresión. *Psicobioquímica*, 2, 37–51.

Recuperado de http://www.psicobioquimica.org/cancer_depresion_1.html

Sánchez-Barranco Ruiz, A., y Sánchez-Barranco Vallejo, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: aproximación conceptual y clínica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI(78), 7–25.

Sandín, B., Chorot, P., y Valiente R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica (2012). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 185–203.

Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M., y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121–124.

Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239–280.

Sanz, J., Perdígón, A. L., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck - II (BDI - II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249–280.

Sanz, J., y Vázquez, C. (2011). *Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Education.

Saúl, L. Á. (2005). *El papel de los conflictos cognitivos en la salud mental: Implicaciones para el cambio terapéutico*. Recuperado de

http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/LAUNIVERSIDAD/UBICACIONES/02/DOCENTE/LUIS_ANGEL_SAU_L_GUTIERREZ/PUBLICACIONES/2005_TESIS.PDF

- Schaub, A., Goldmann, U., Mueser, T. K., Goerigk, S., Hautzinger, M., Roth, E., ... Möller, H. J. (2018). Efficacy of extended clinical management, group CBT, and group plus individual CBT for major depression: Results of a two-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 238, 570–578. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.081>
- Schneider, R., Arch, J. J., y Wolitzky-Taylor, K. B. (2015). The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators. *Clinical Psychology Review*, 38, 39–54. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.004>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Senra, J., Feixas, G., y Fernandes, E. (2006). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, XVI(63/64), 179–201. Recuperado de <http://campus.usal.es/~tcp/articulos/manualdilemas.pdf>
- Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Gutiérrez-Nicuesa, L., Salvatella-Pasant, J., y Navarro-Artieda, R. (2010). Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.05.012>

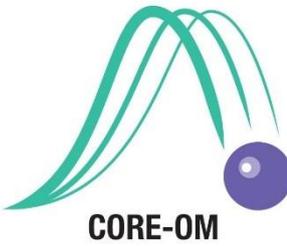
- Smith, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., de Graaf, R., y Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(4), 193–200.
- Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud (2002). *La eficacia de los tratamientos psicológicos*.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–720.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Toro Tobar, R. A., Arias López, H. A., y Sarmiento López, J. C. (2016). Sociotropía y autonomía: ¿Evidencias para la hipótesis de especificidad de síntomas en depresión? *Revista Psicología Clínica*, 28(3), 32–52. Recuperado de <http://www.redalyc.org:9081/home.oa?cid=464234>
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., ... Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 1457–1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Uribe, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(S1), S14–S18.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psiquiatría y la psicopatología* (7a ed.; J. Vallejo, Ed.). Barcelona: Elsevier.
- van Straten, A., Geraedts, A., Verdonck-de Leeuw, I., Andersson, G., y Cuijpers, P. (2010). Psychological treatment of depressive symptoms in patients with medical disorders: A

- meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 23–32.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.019>
- Vittengl, Jeffrey R., Clark, L. A., Dunn, T. W., y Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475–488. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.475>
- Vos, T., Haby, M. M., Barendregt, J. J., Kruijshaar, M., Corry, J., y Andrews, G. (2004). The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1097–1103. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.11.1097>
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., y Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49. <https://doi.org/10.1177/070674370404900208>
- Woo, Y., Seo, H., McIntyre, R. S., y Bahk, W. (2016). Obesity and its potential effects on antidepressant treatment outcomes in patients with depressive disorders: A literature review. *International Journal of Molecular Sciences*, 17(1), 80.
<https://doi.org/10.3390/ijms17010080>

Zubala, A., MacIntyre, D. J., y Karkou, V. (2017). Evaluation of a brief art psychotherapy group for adults suffering from mild to moderate depression: Pilot pre, post and follow-up study. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 22(3), 106–117.
<https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1250797>

8. Anexos

Anexo 1



Código del centro:

Código del cliente

Nombre o código del psicoterapeuta

Fecha

Edad

Mujer

Hombre

Fase actual

S Selección

R Derivación

A Evaluación

F Primera sesión de terapia

P Pre-terapia

D Durante terapia

L Última sesión de terapia

X Seguimiento 1

Y Seguimiento 2

Fase

Episodio de terapia

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
 A continuación encontrará 34 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	
1 Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
2 Me he sentido tensa, ansiosa o nerviosa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
3 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
4 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	W
5 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
6 He sido violenta físicamente hacia los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
7 Me he sentido capaz de afrontar las cosas cuando han ido mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
8 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
9 He pensado en hacerme daño a mí misma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	R
10 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	F
11 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
12 Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	F
13 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	P
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	W

Por favor continúe en la página siguiente

Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
15 He sentido pánico o terror	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 He sentido afecto o cariño por alguien	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 Me ha sido imposible dejar a un lado mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Me he sentido desesperada o sin esperanza	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 He pensado que sería mejor que estuviera muerta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Me he sentido criticada por los demás	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Me he sentido infeliz	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Me han angustiado imágenes o recuerdos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Me he sentido irritable cuando estaba con otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 He conseguido las cosas que quería	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Me he sentido humillada o avergonzada por otras personas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Me he hecho daño físicamente o he puesto en peligro mi salud	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

GRACIAS POR COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO

Puntuación total	<input type="text"/>					
Puntuaciones medias <small>(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)</small>	<input type="text"/>					
	(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

Figura 19. Clinical Outcome in Routine Evaluation-Outcome Measures.

Este formulario puede ser descargado gratuitamente en <http://www.ub.edu/terdep/core/#.XjmZ5mhKiUk> (acceso abierto) siempre que se respete el formato y no se someta a modificación ninguna.

Anexo 3 Dendrogramas de los factores del BDI-II

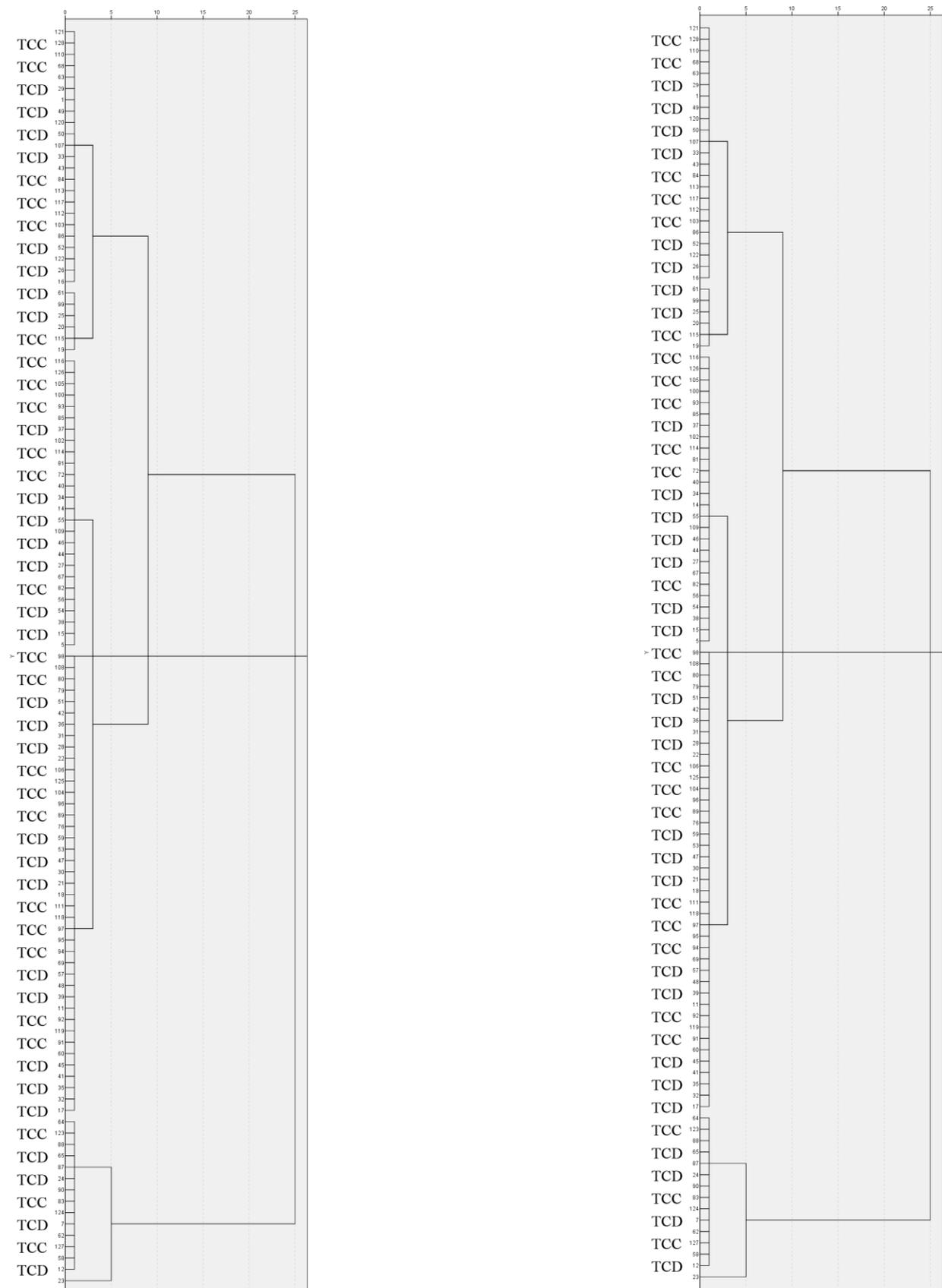


Figura 21. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el factor cognitivo-afectivo del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

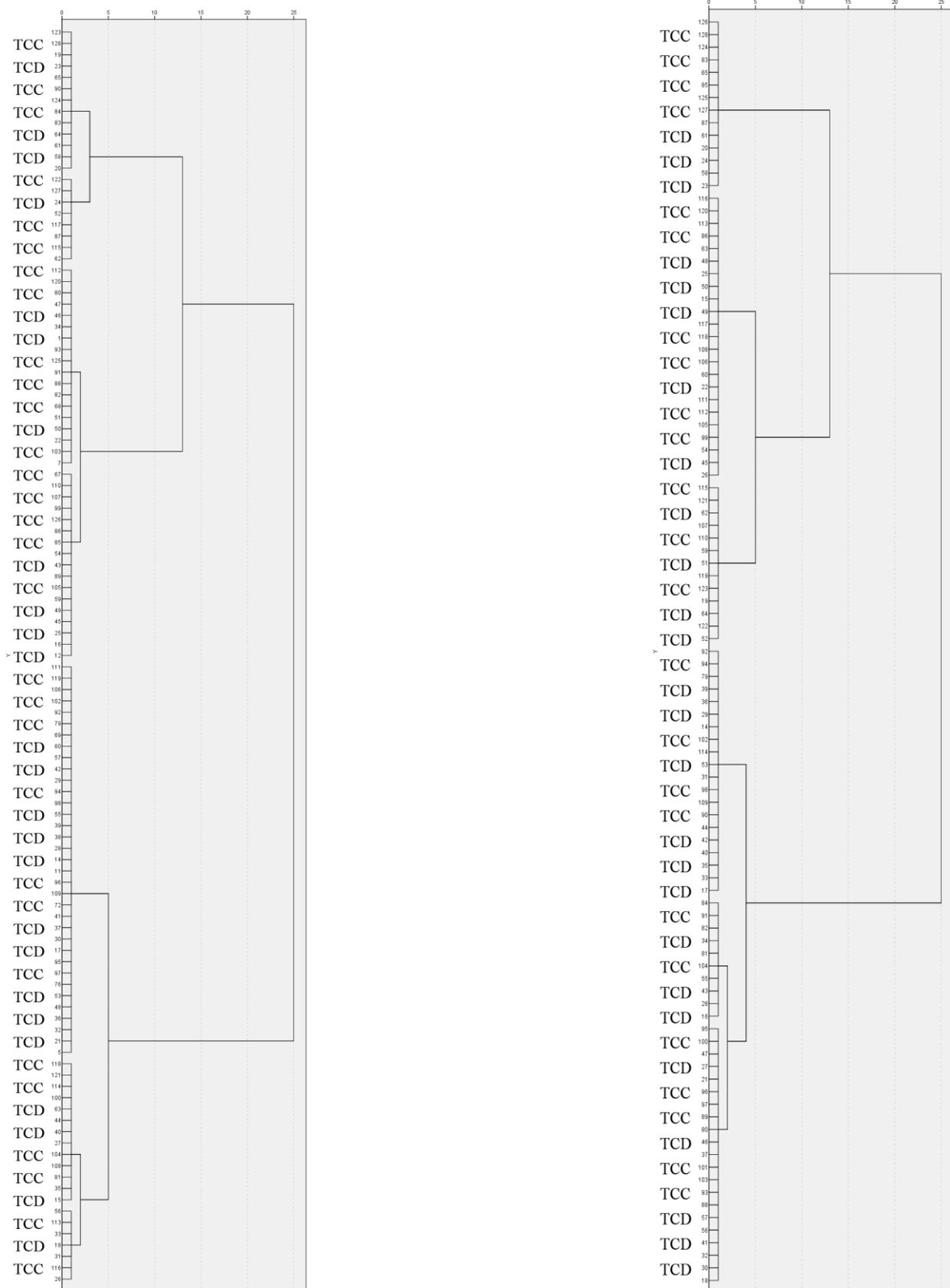


Figura 22. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el factor somático-motivacional del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

Anexo 4 Dendogramas de las escalas del CORE-OM

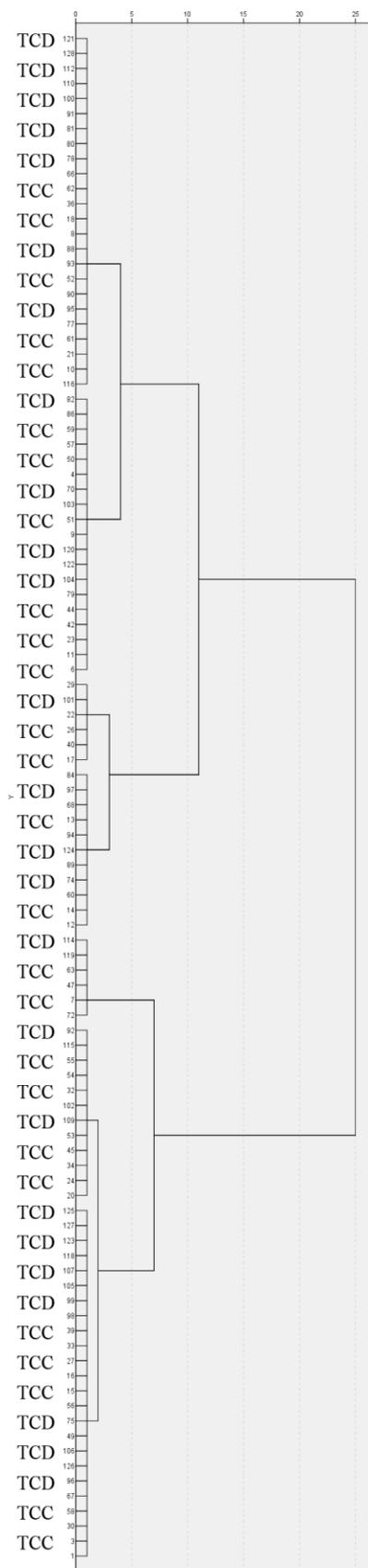
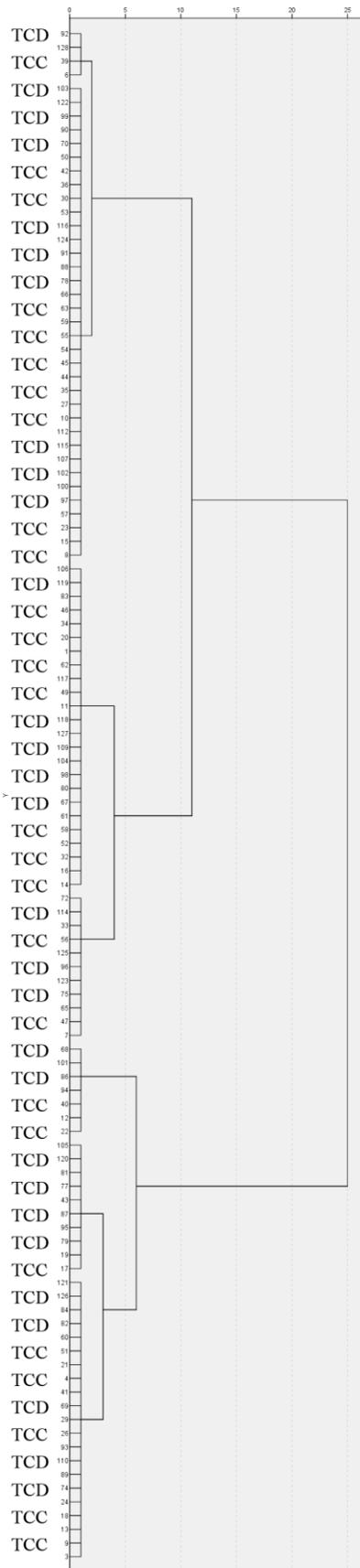


Figura 23. Dendogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en la escala bienestar del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

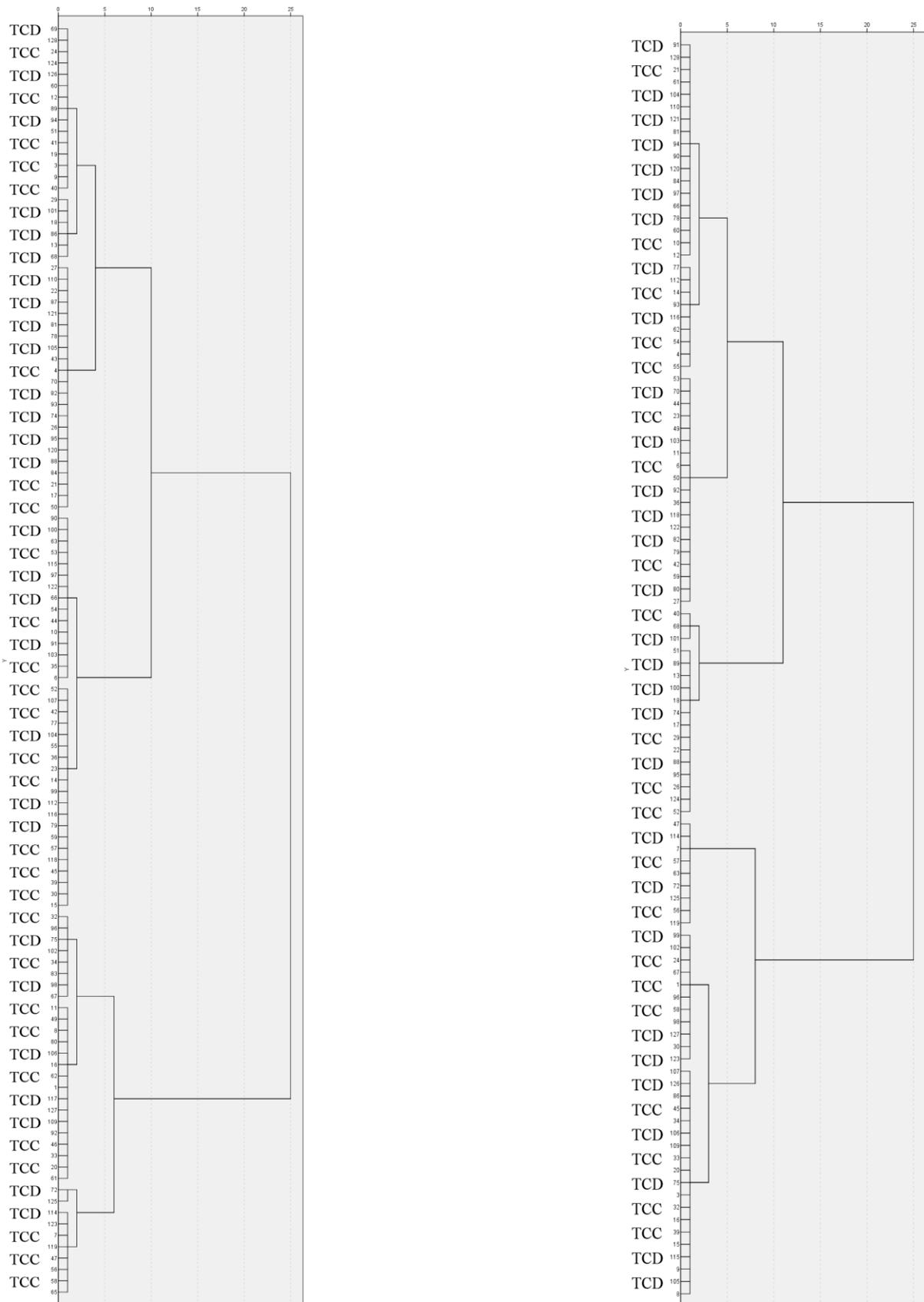


Figura 24. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en la escala problema del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

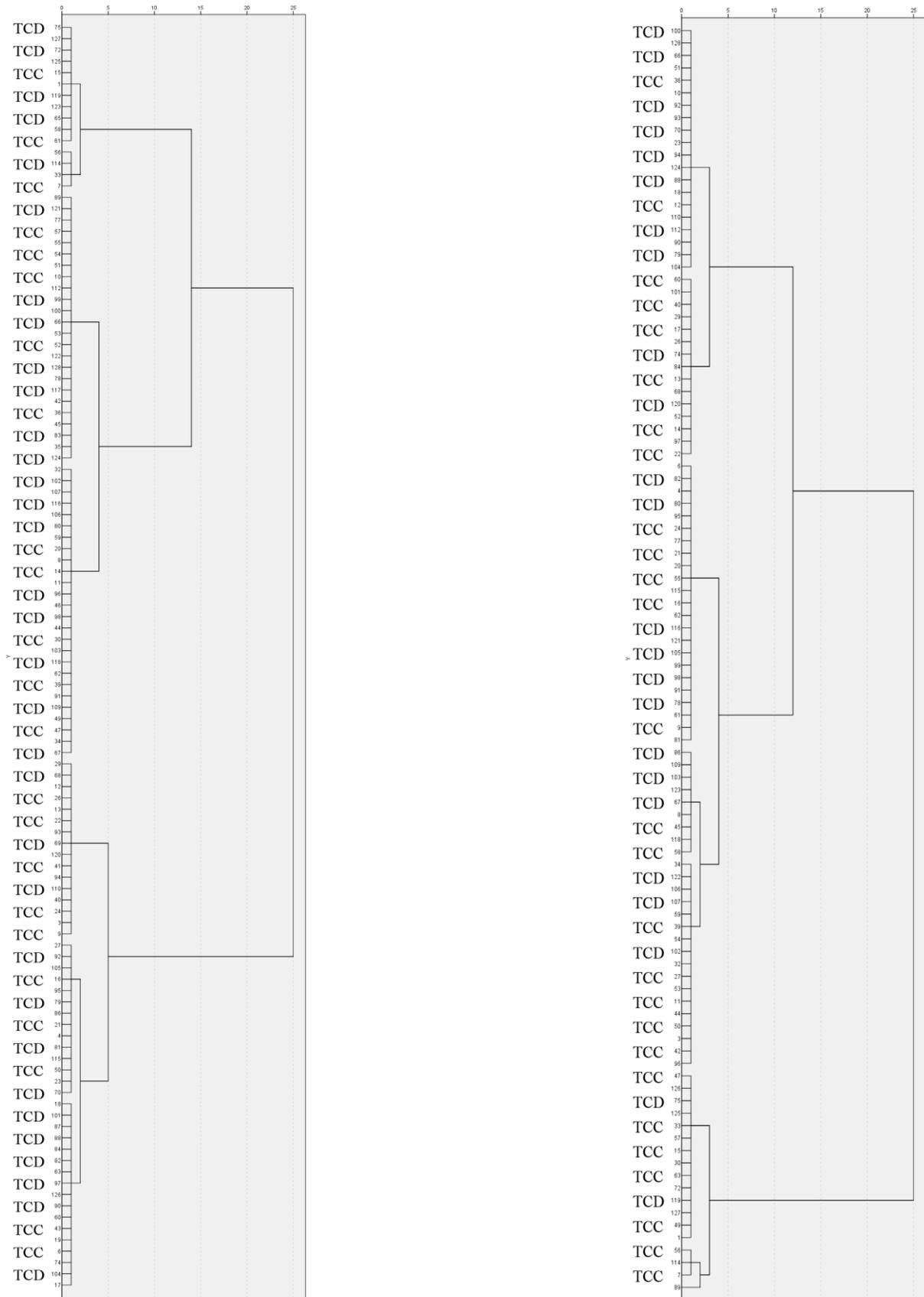


Figura 25. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en la escala funcionamiento del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

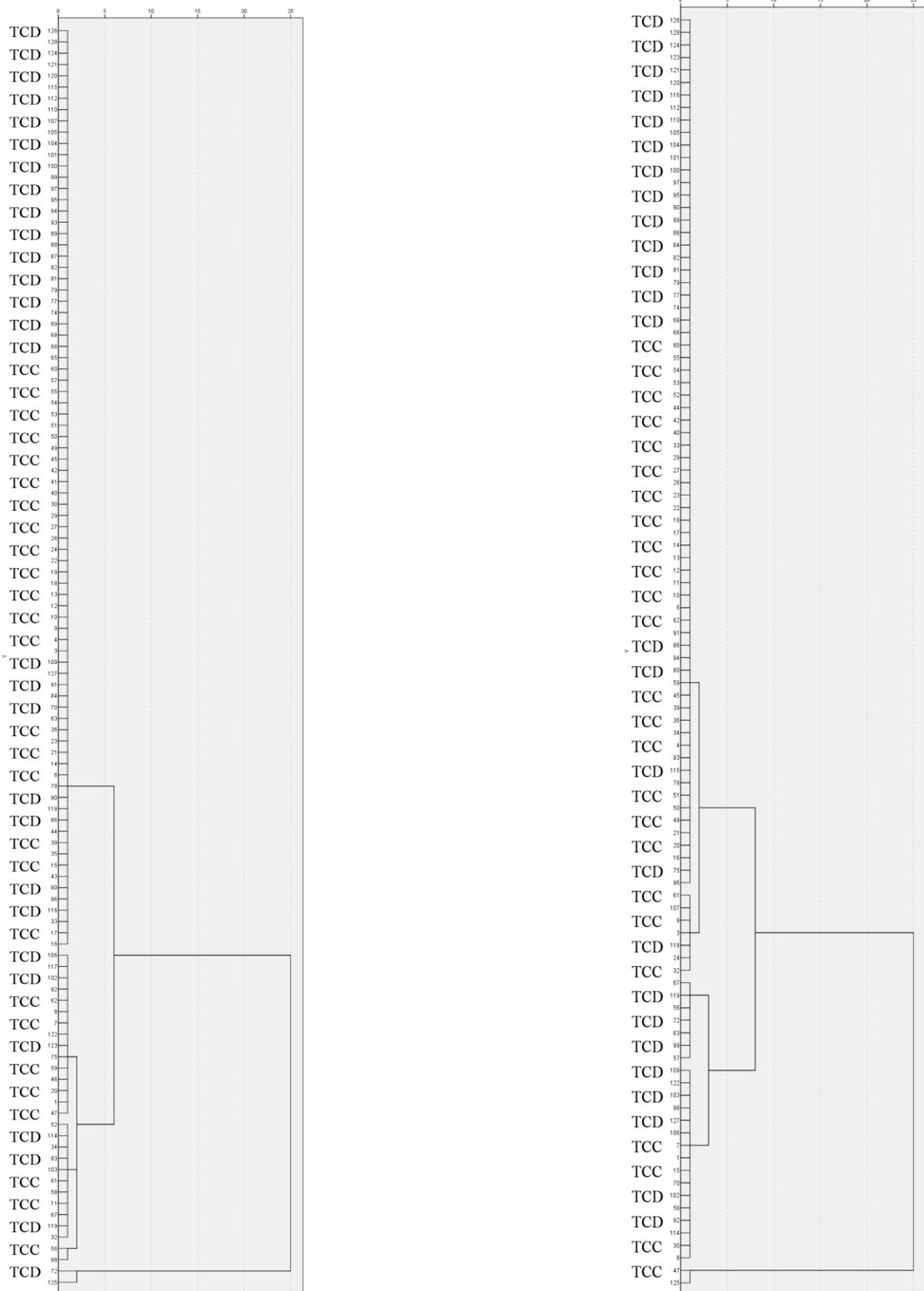


Figura 26. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en la escala riesgo del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

Anexo 5 Dendogramas de los ítems del BDI-II

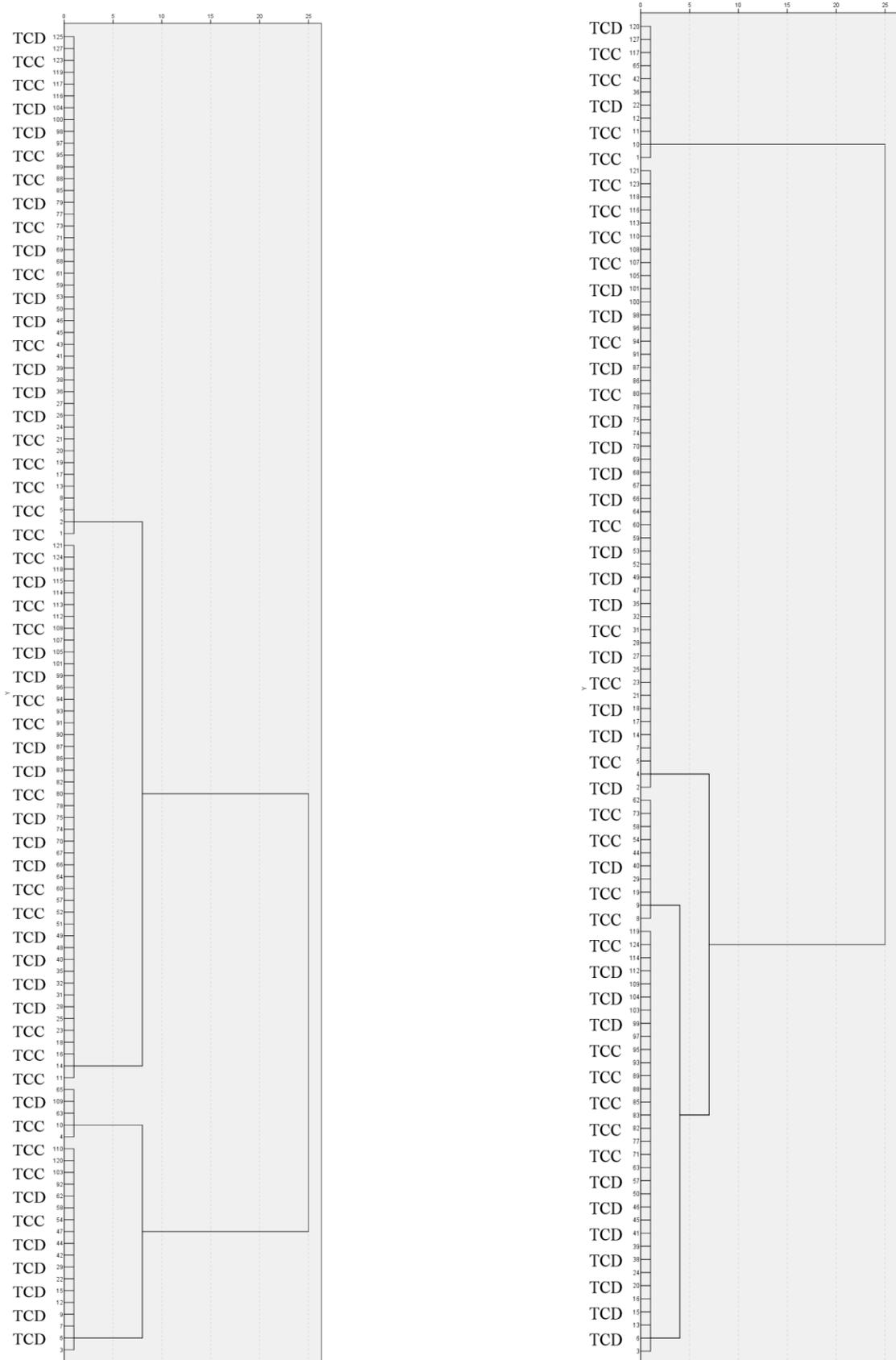


Figura 27. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 1 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

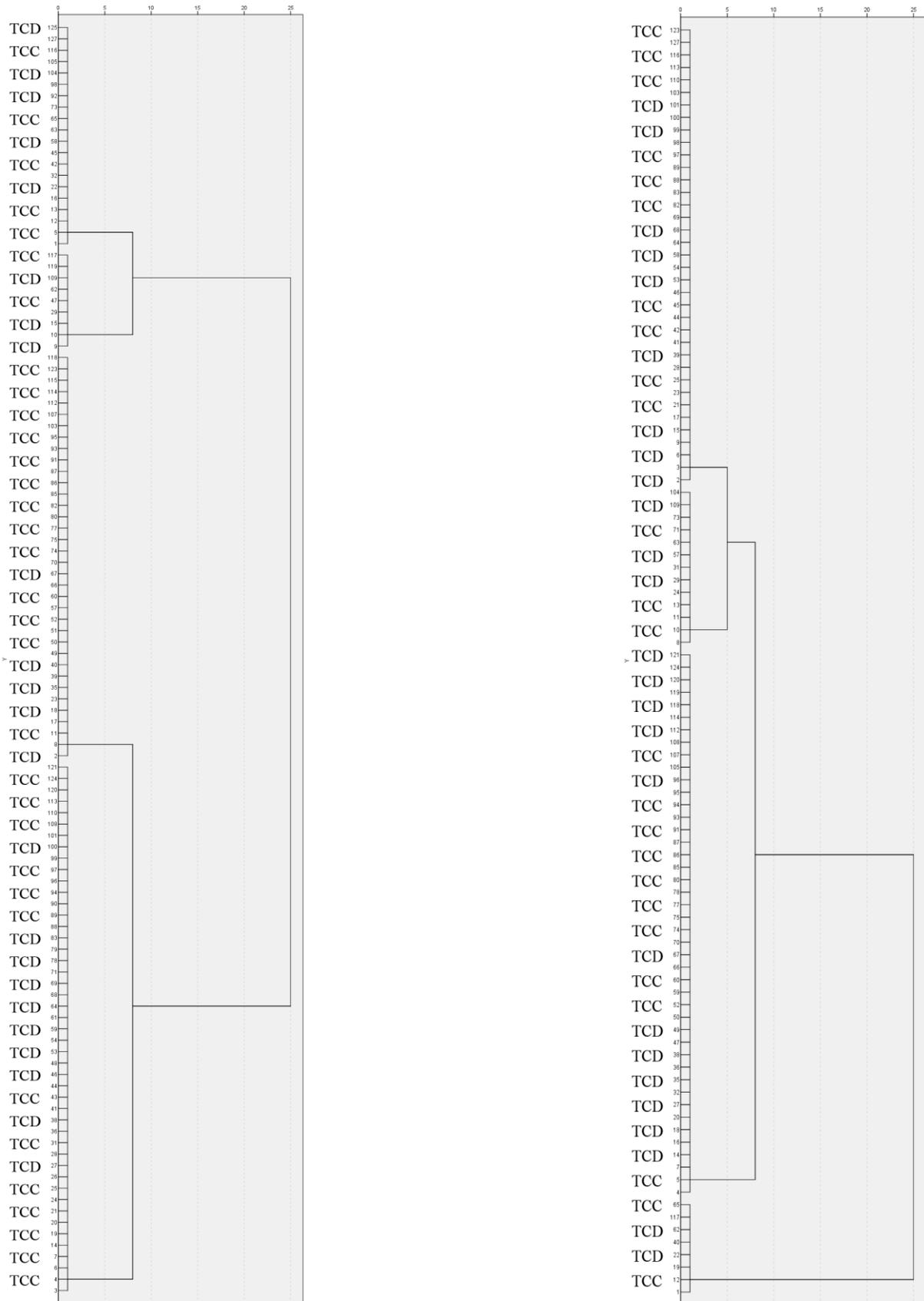


Figura 29. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 3 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

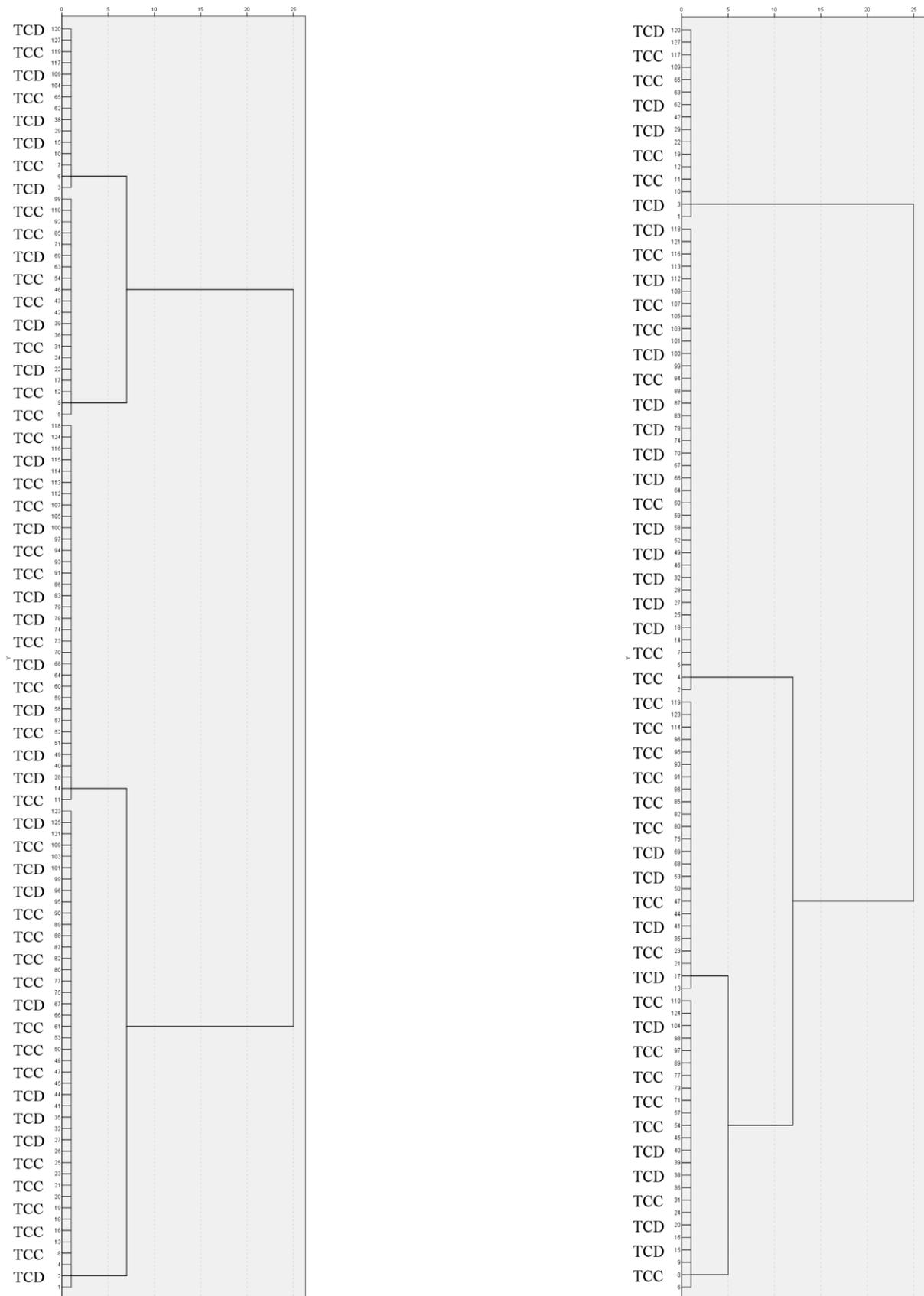


Figura 30. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 4 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

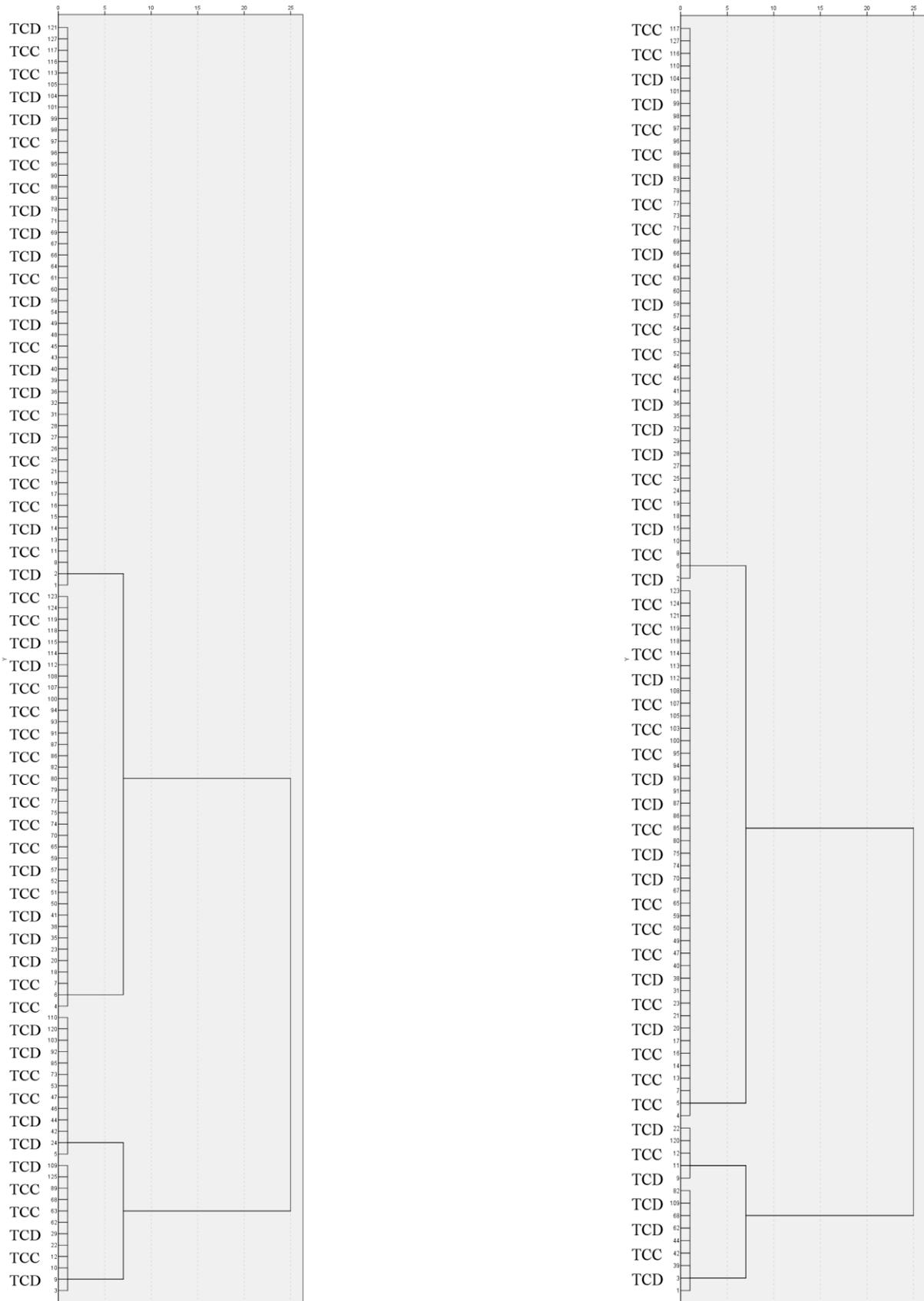


Figura 31. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el ítem 5 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

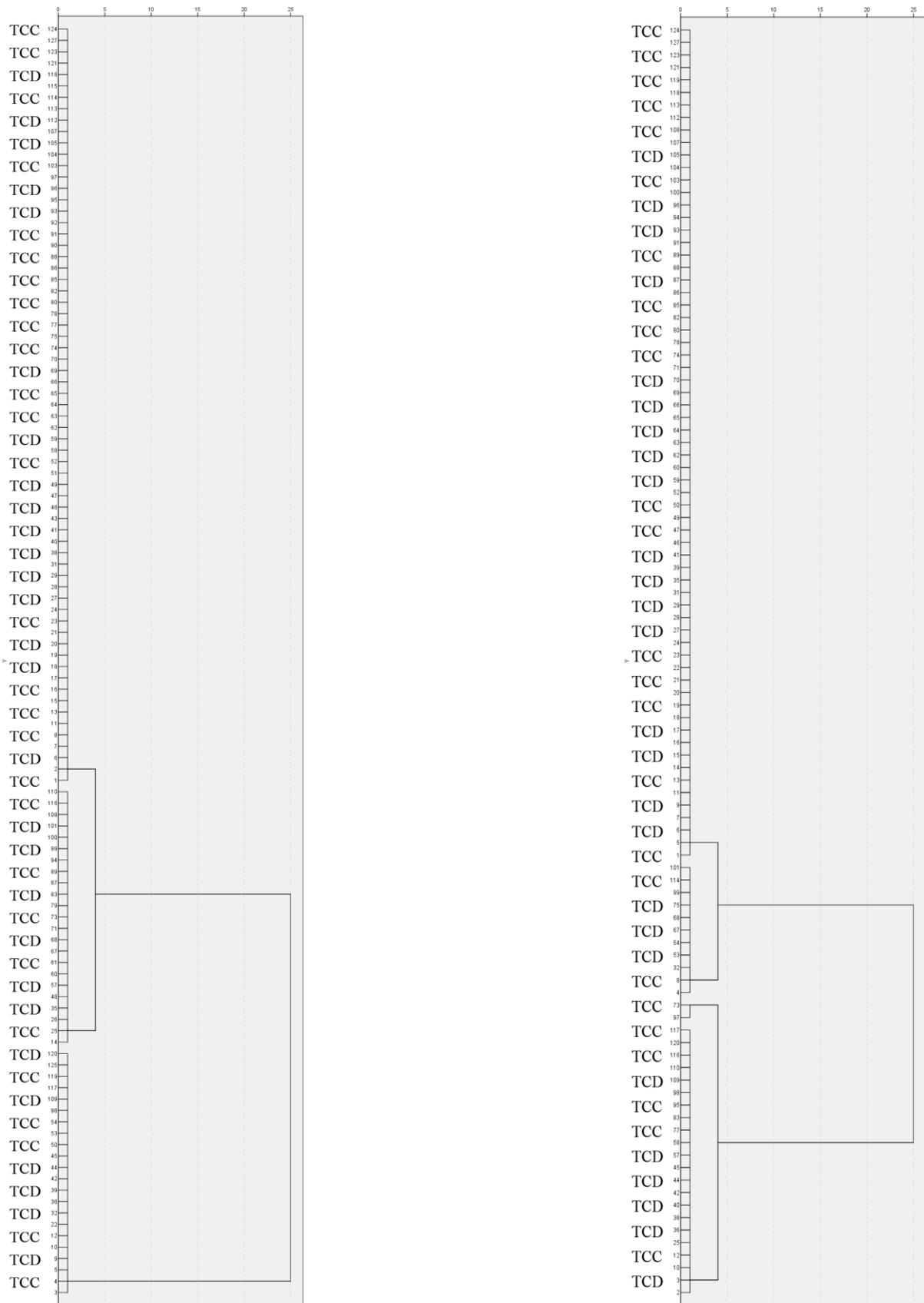


Figura 32. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 6 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

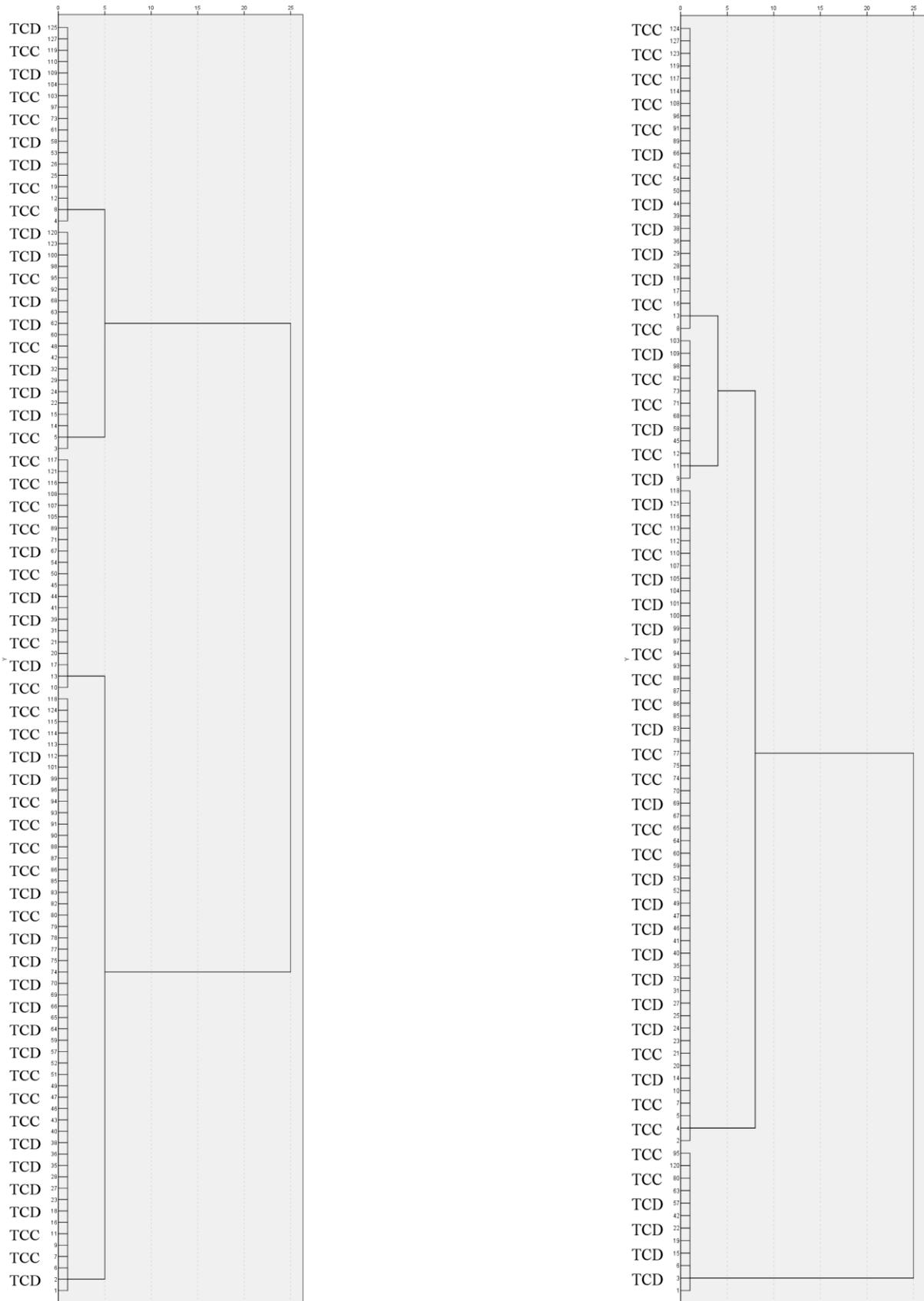


Figura 33. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el ítem 7 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

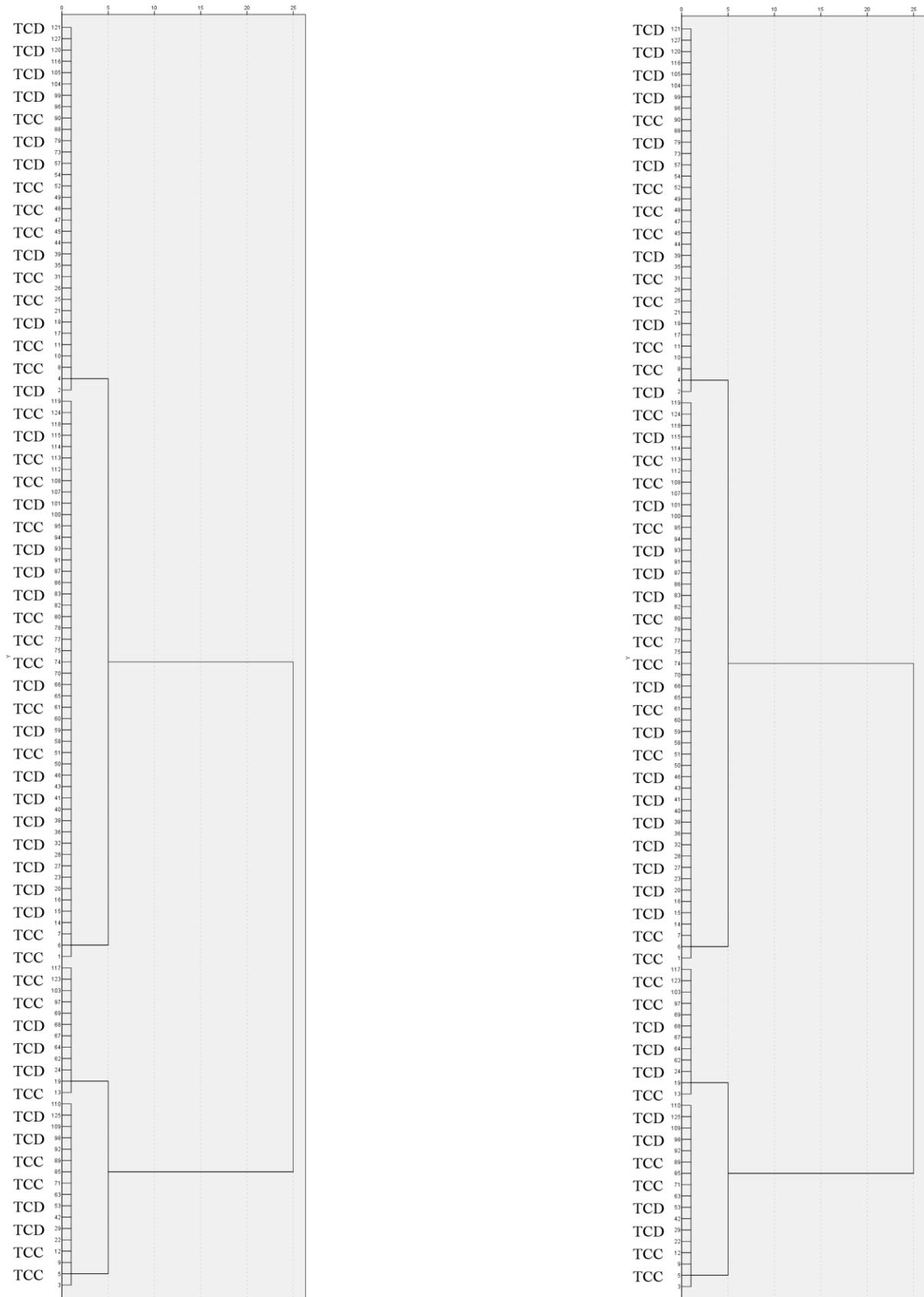


Figura 34. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el ítem 8 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

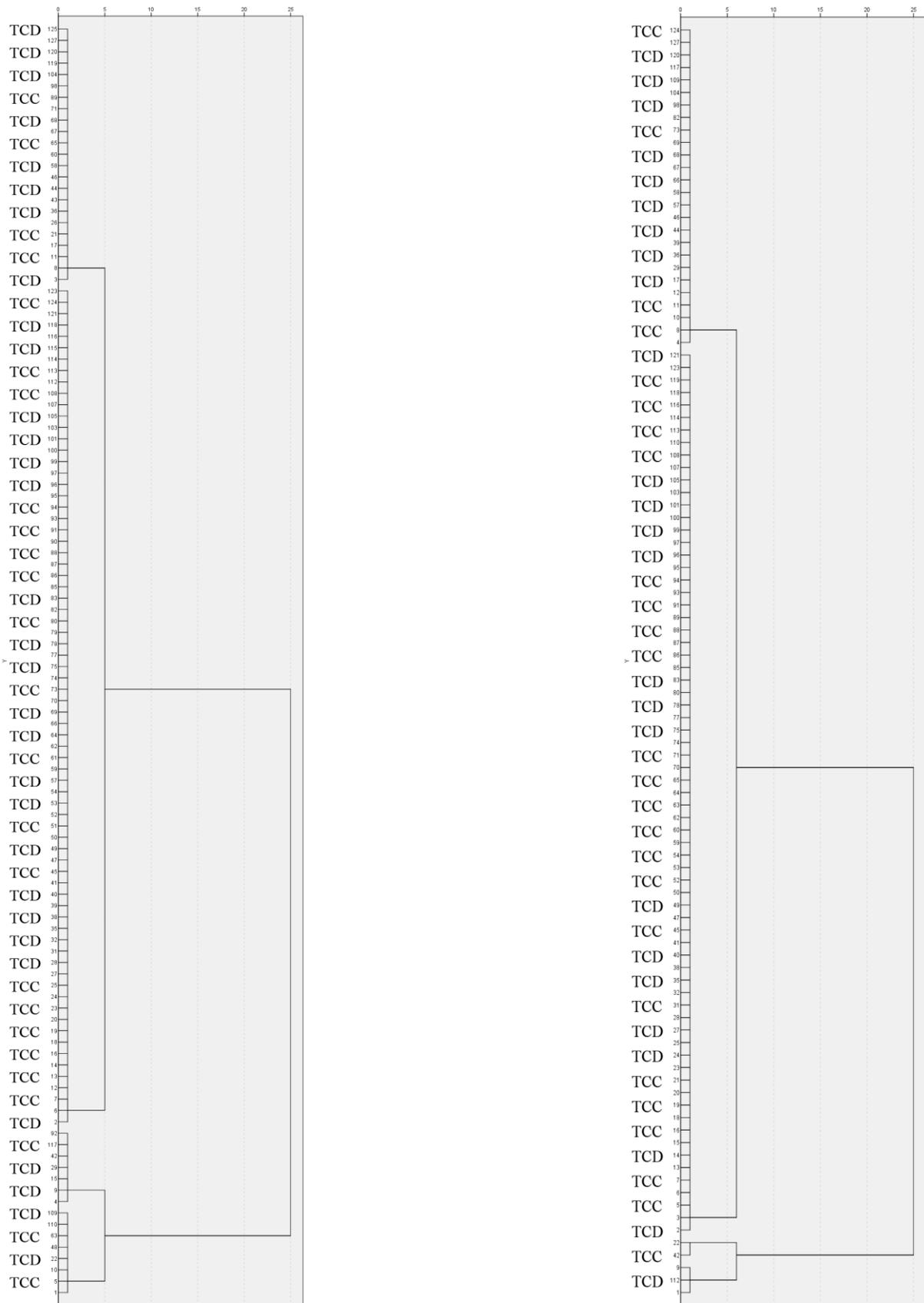


Figura 35. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el ítem 9 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

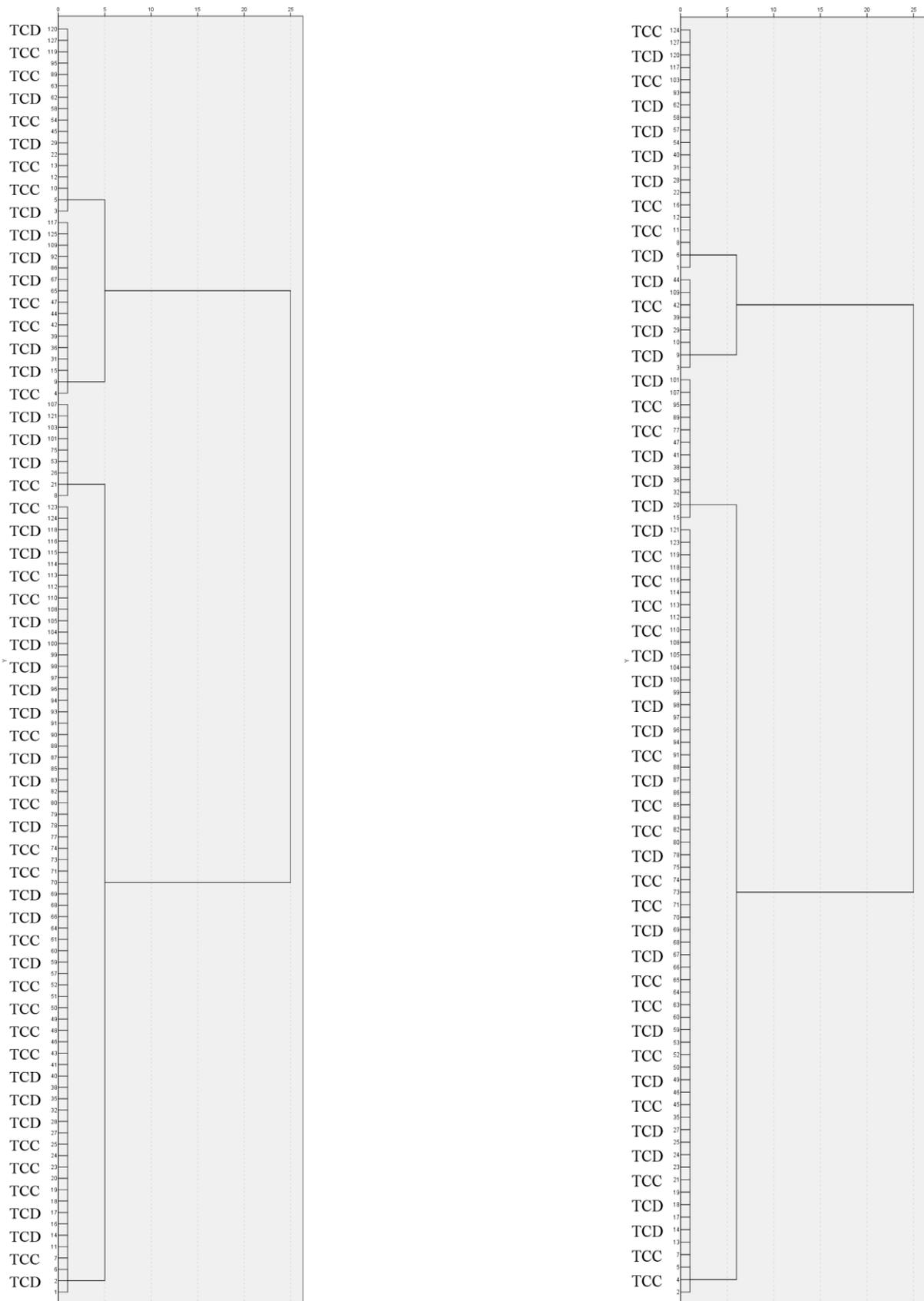


Figura 36. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 10 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

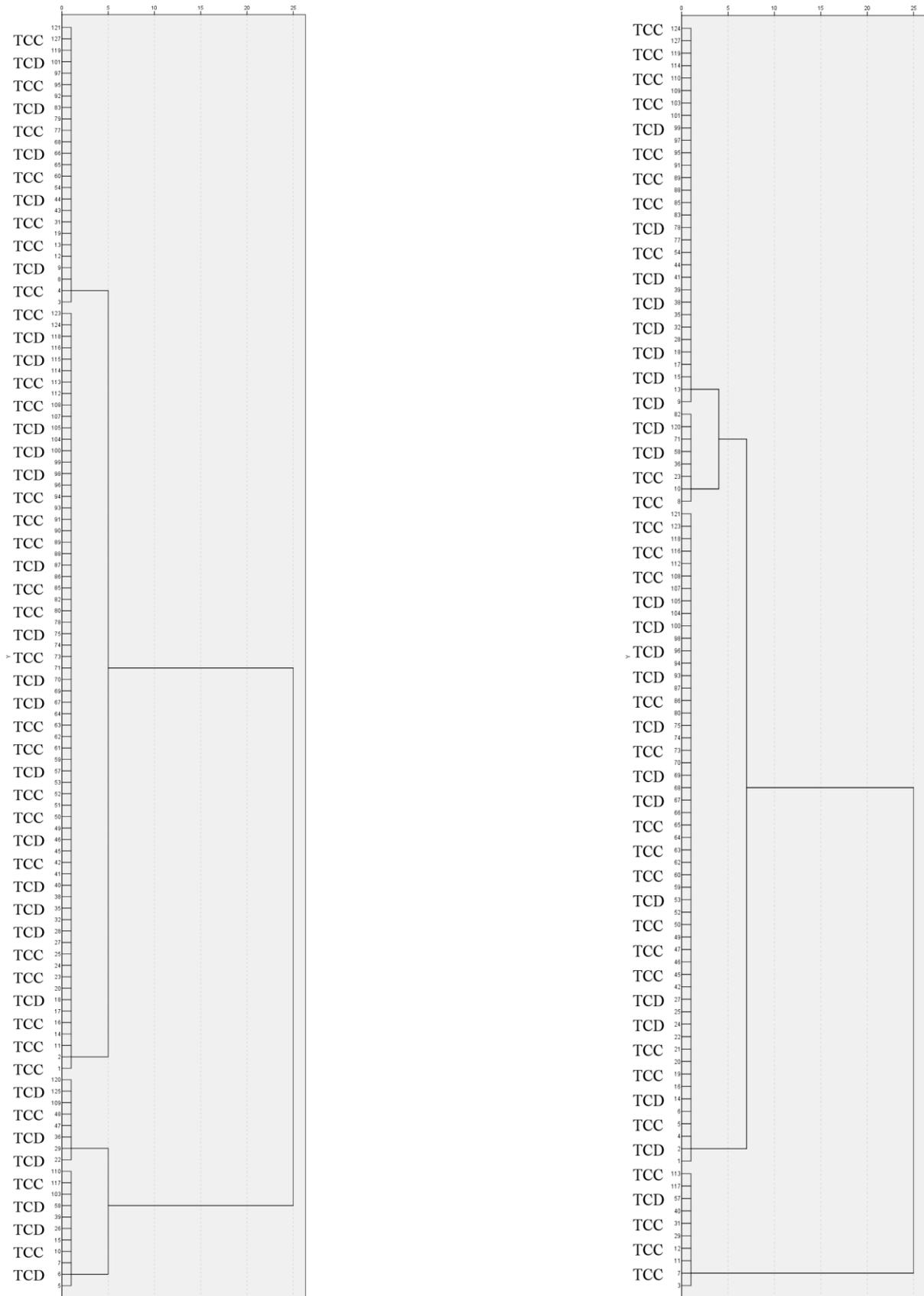


Figura 37. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 11 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

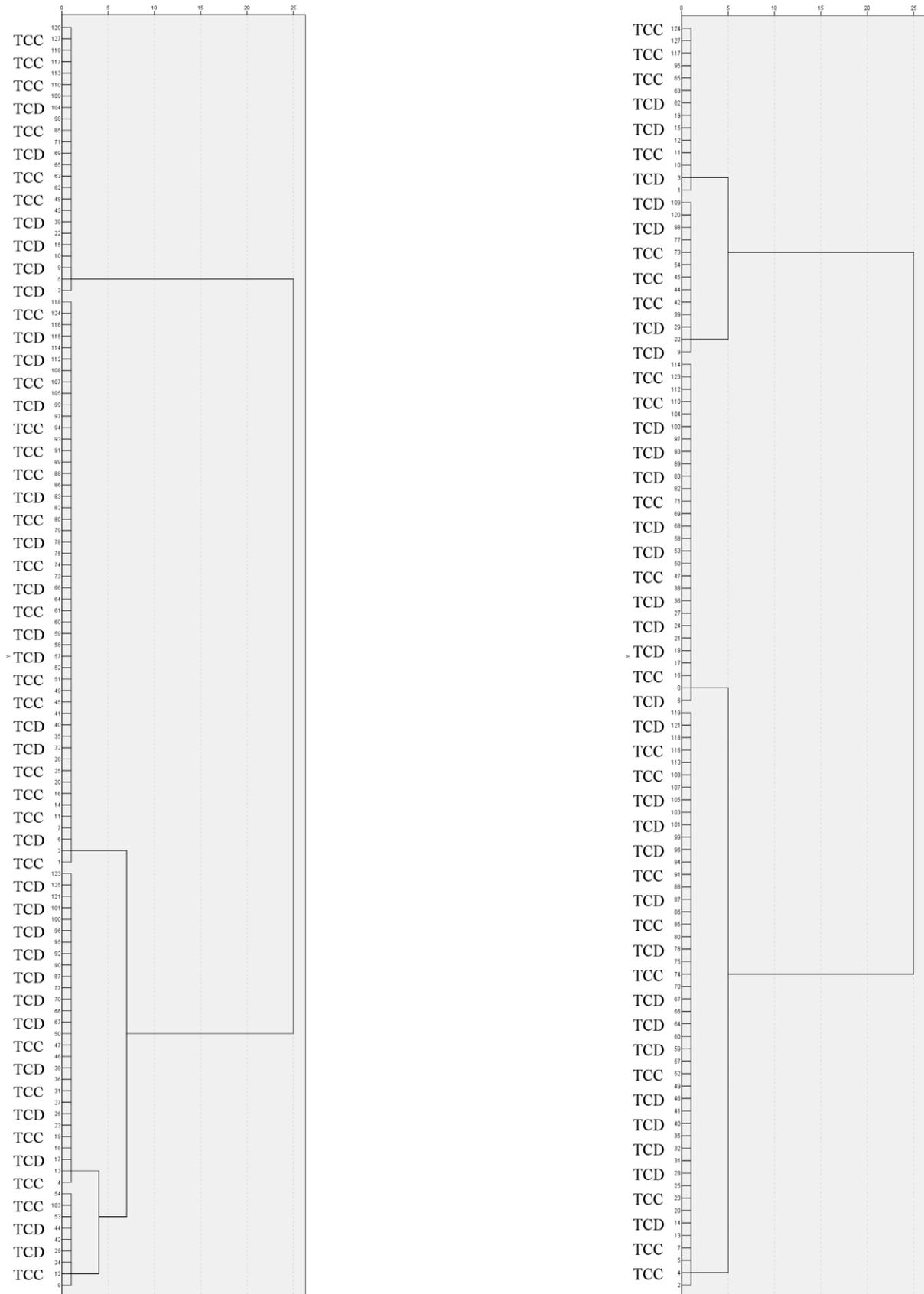


Figura 38. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 12 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

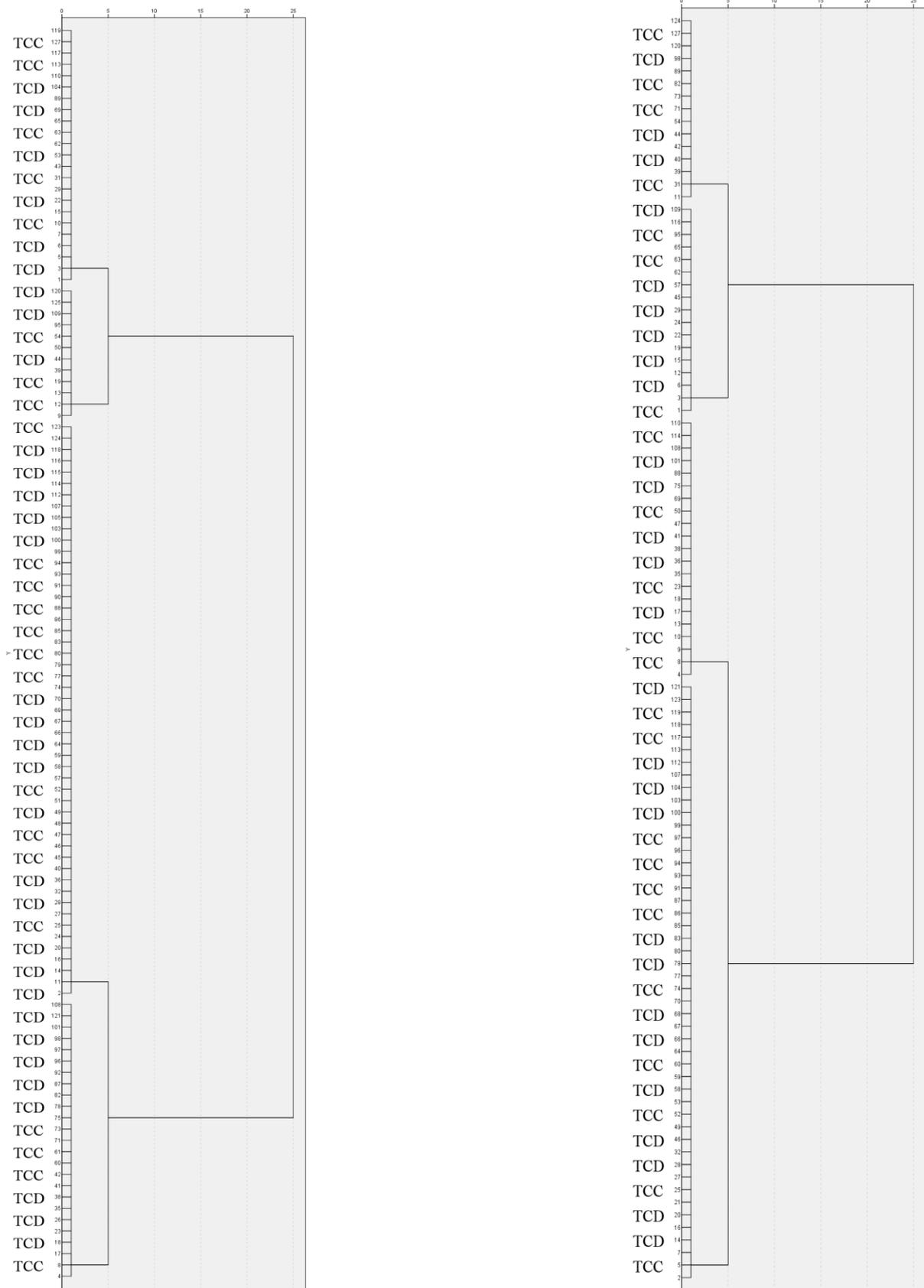


Figura 39. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 13 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

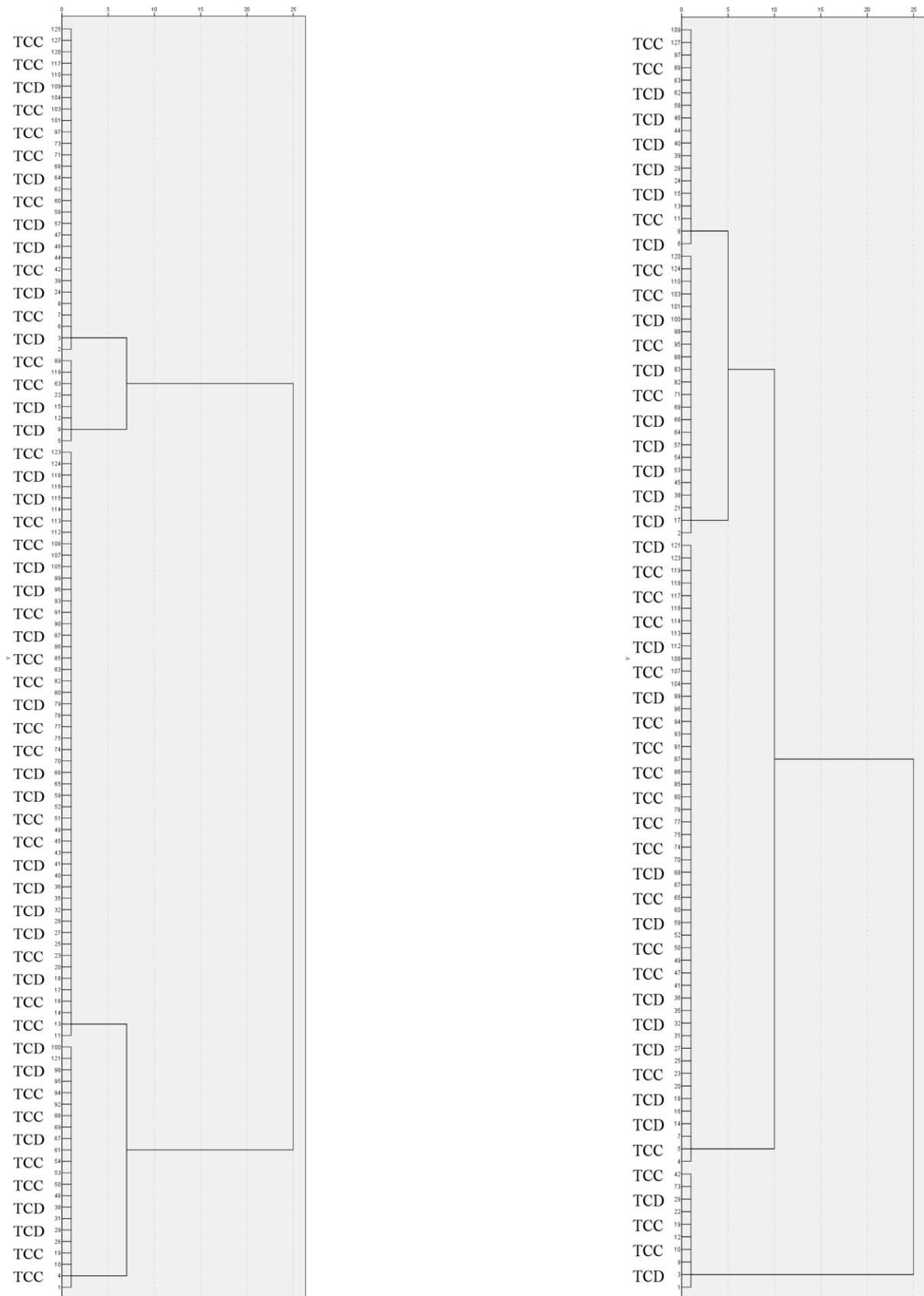


Figura 40. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 13 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

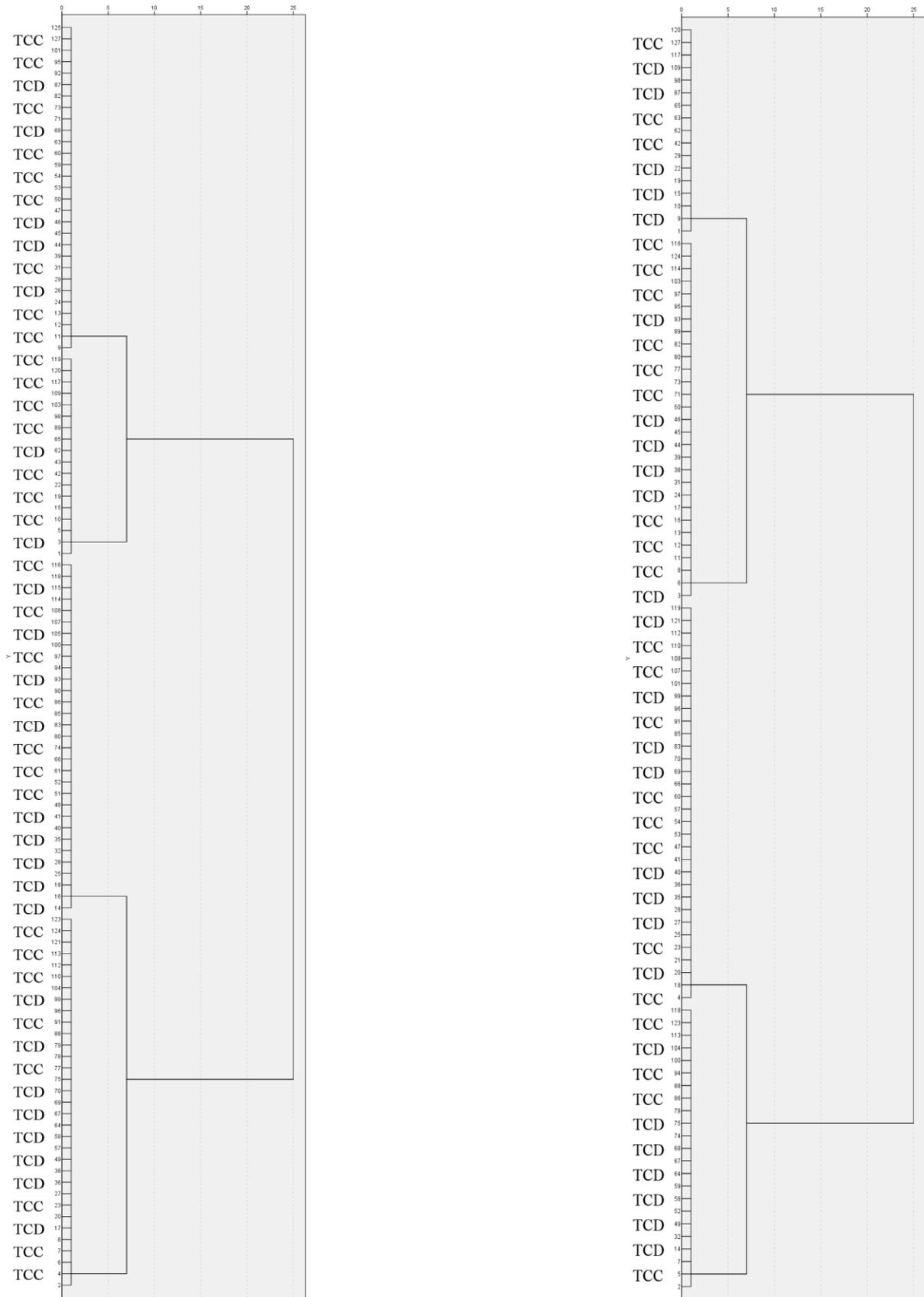


Figura 41. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 15 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

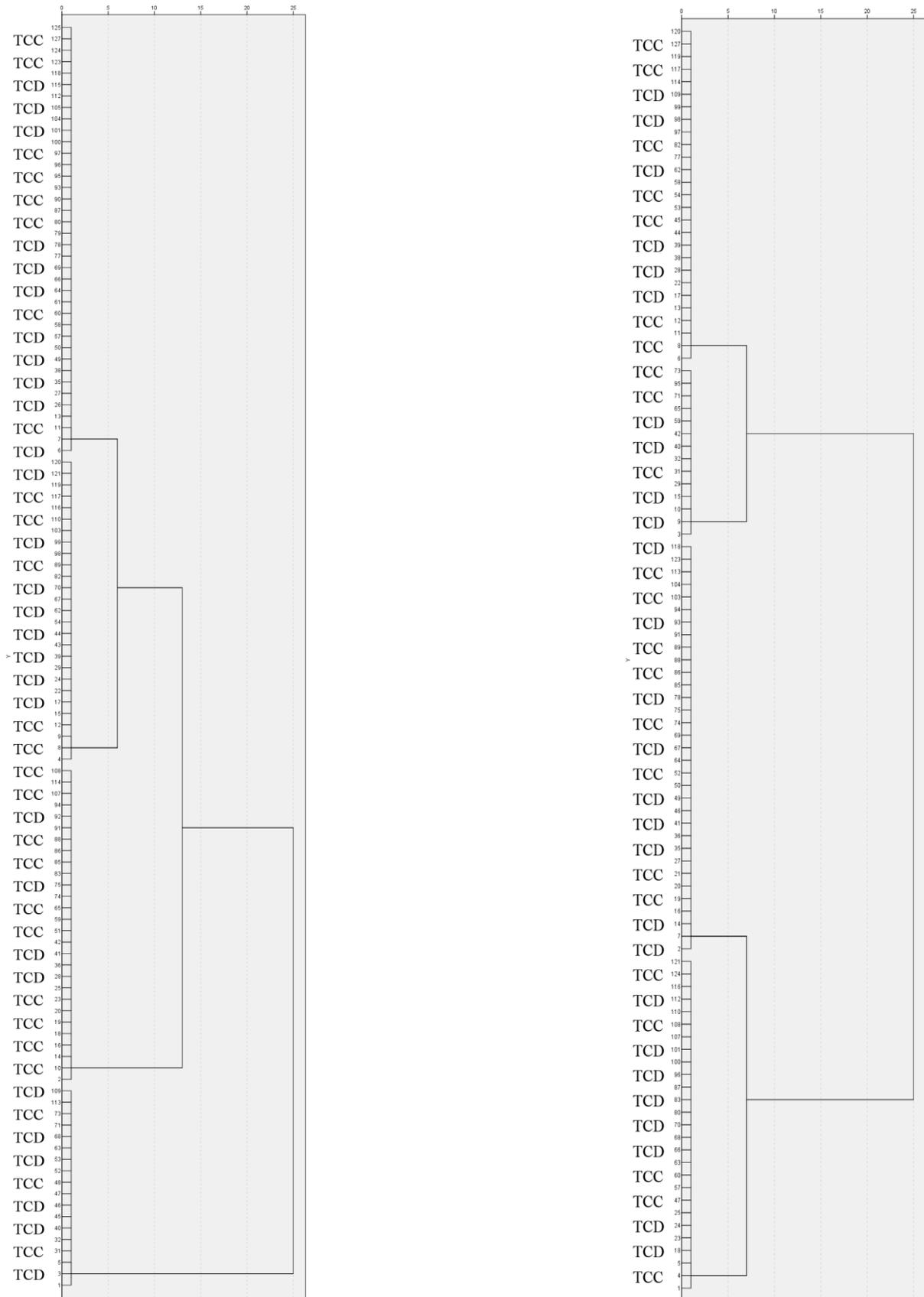


Figura 42. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 16 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

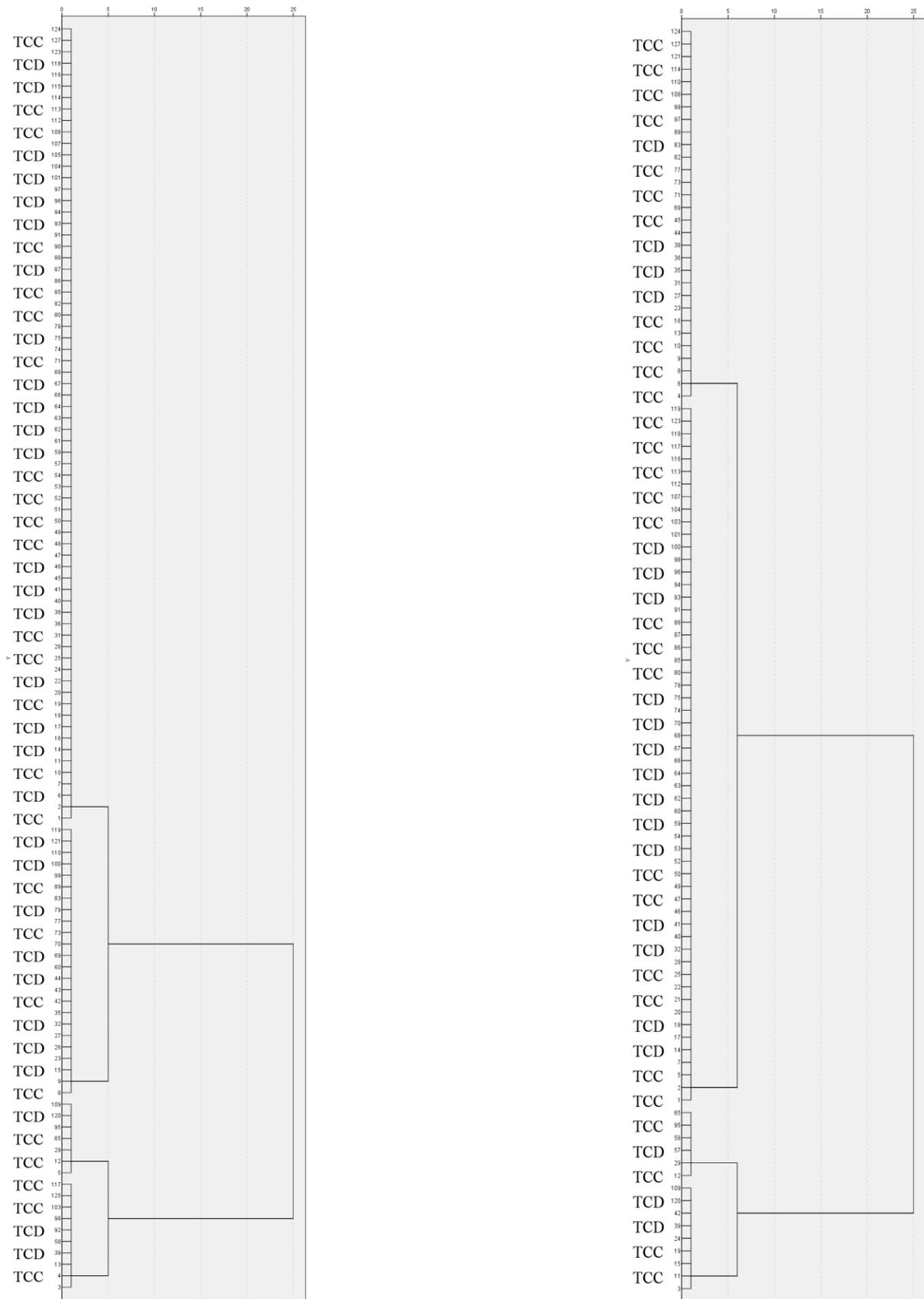


Figura 43. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 17 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

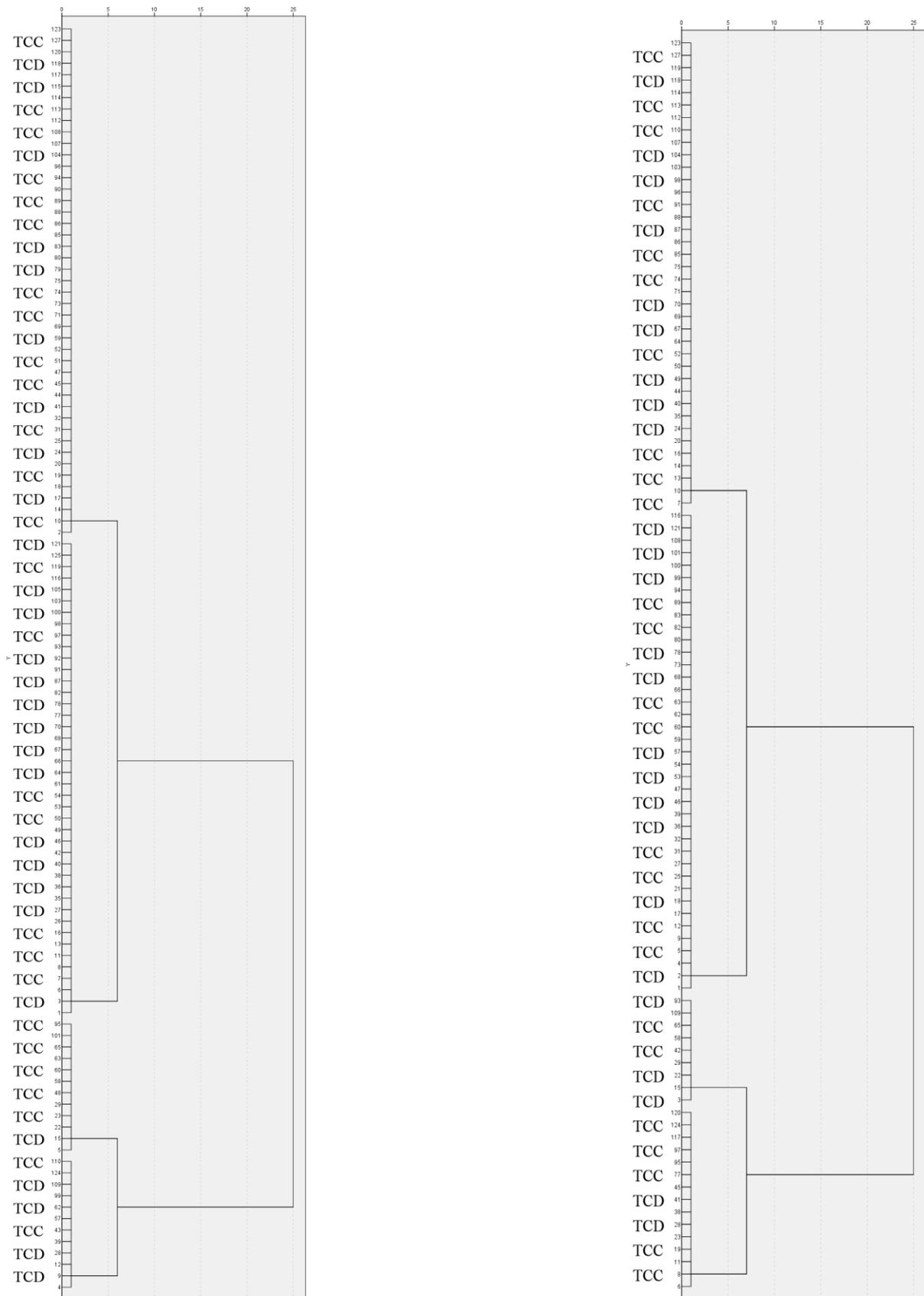


Figura 44. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 18 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

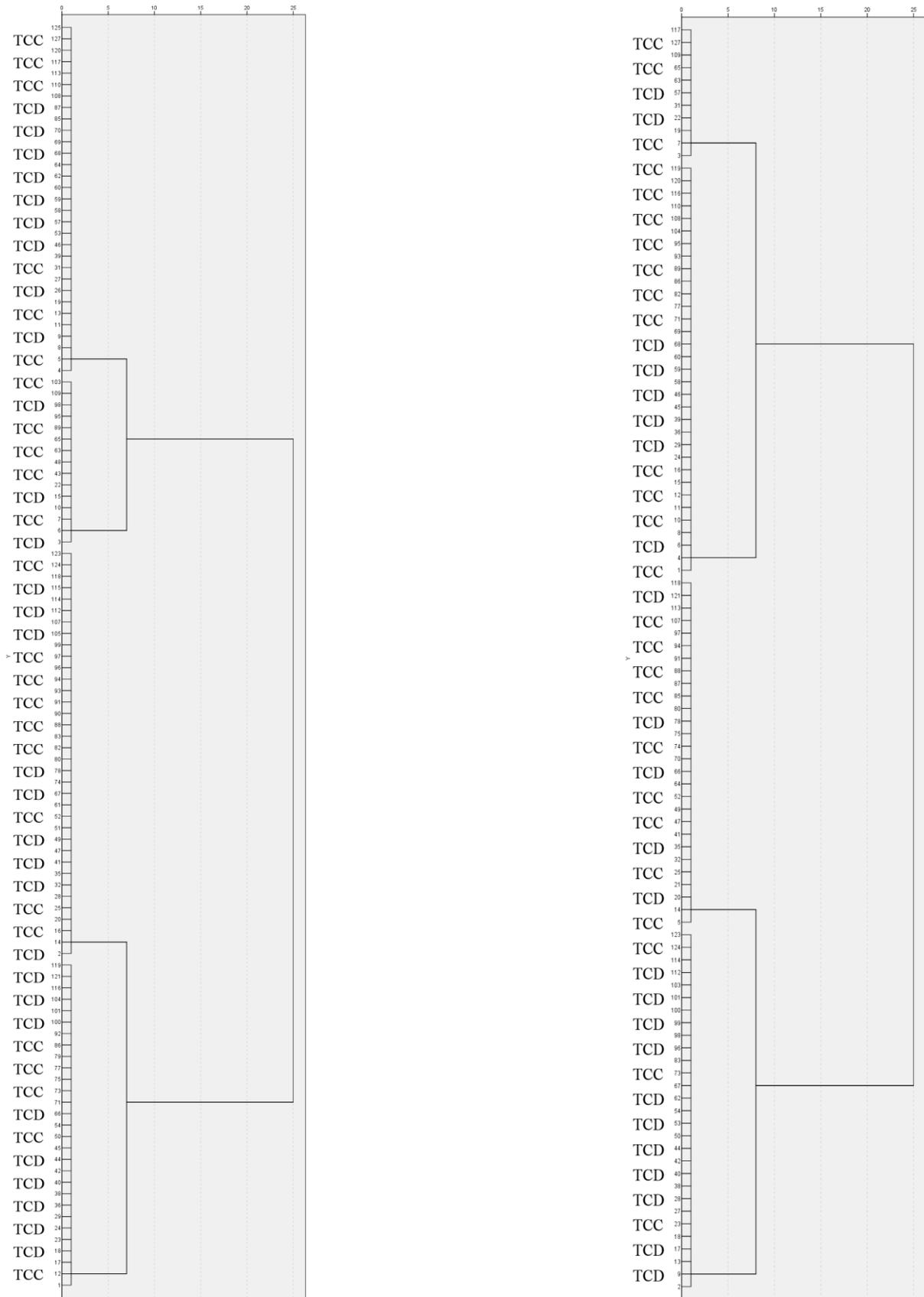


Figura 45. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 19 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

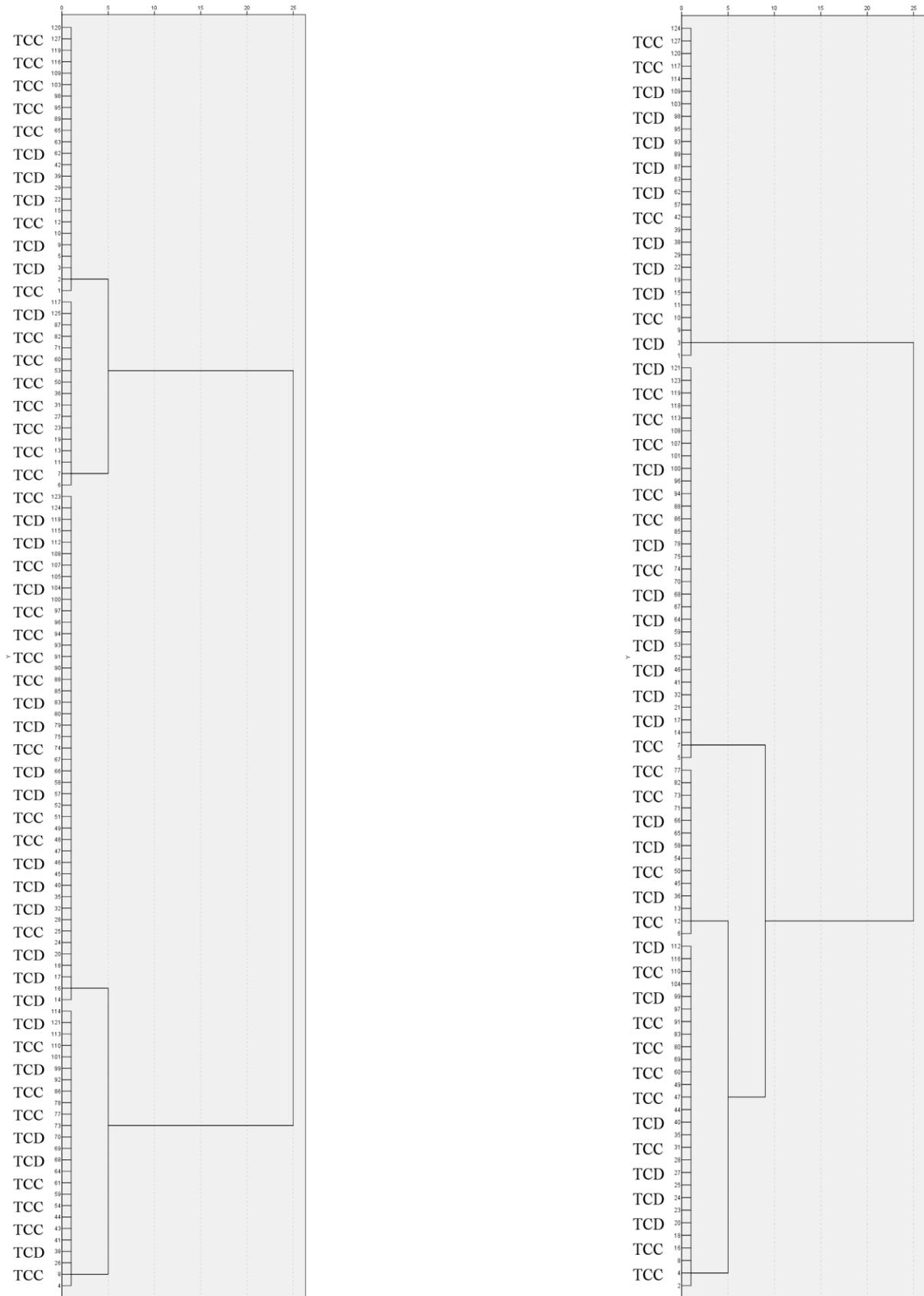


Figura 46. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 20 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

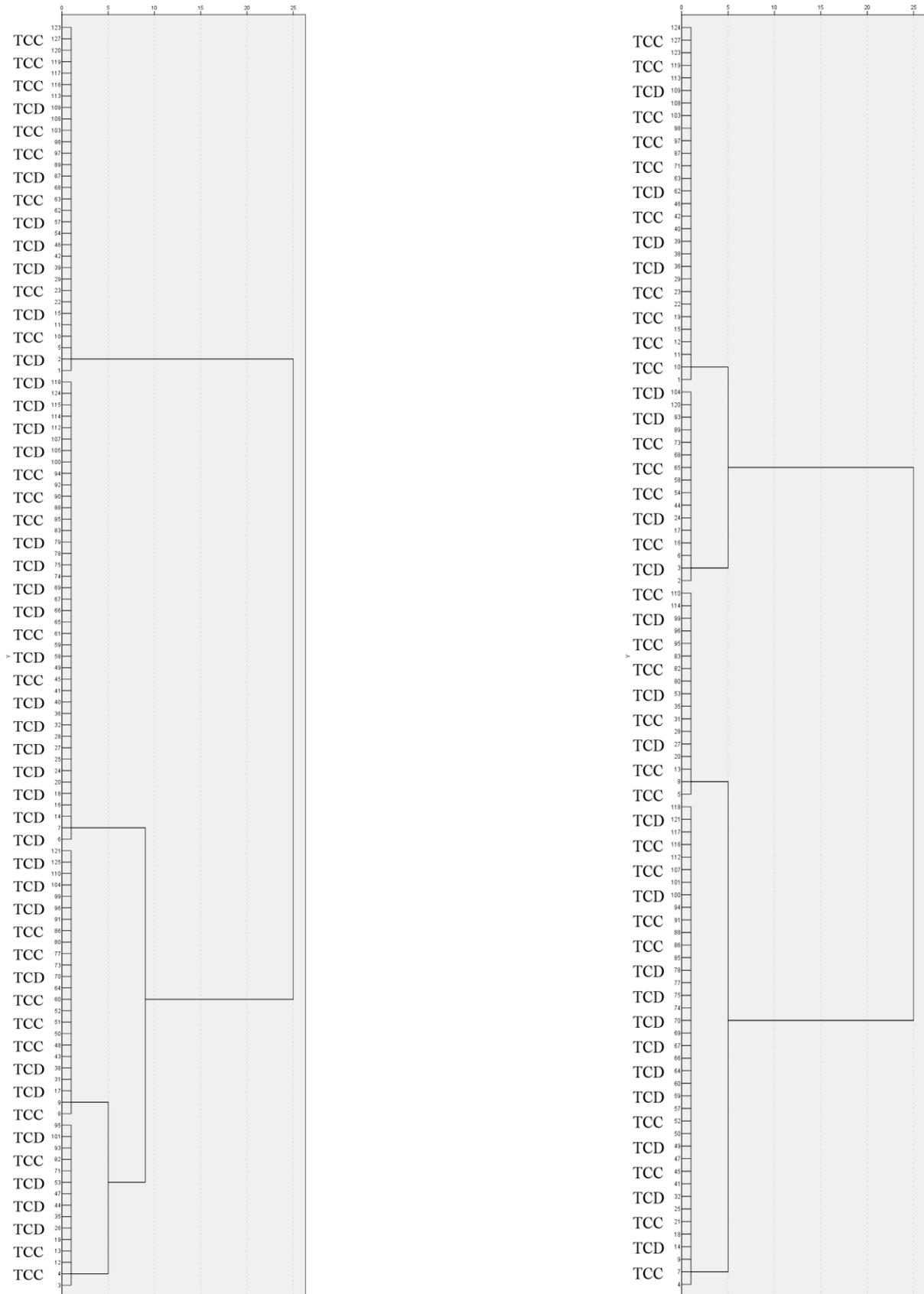


Figura 47. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el ítem 21 del BDI-II durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

Anexo 6 Gráficas comparativas de las medias de los ítems del BDI-II

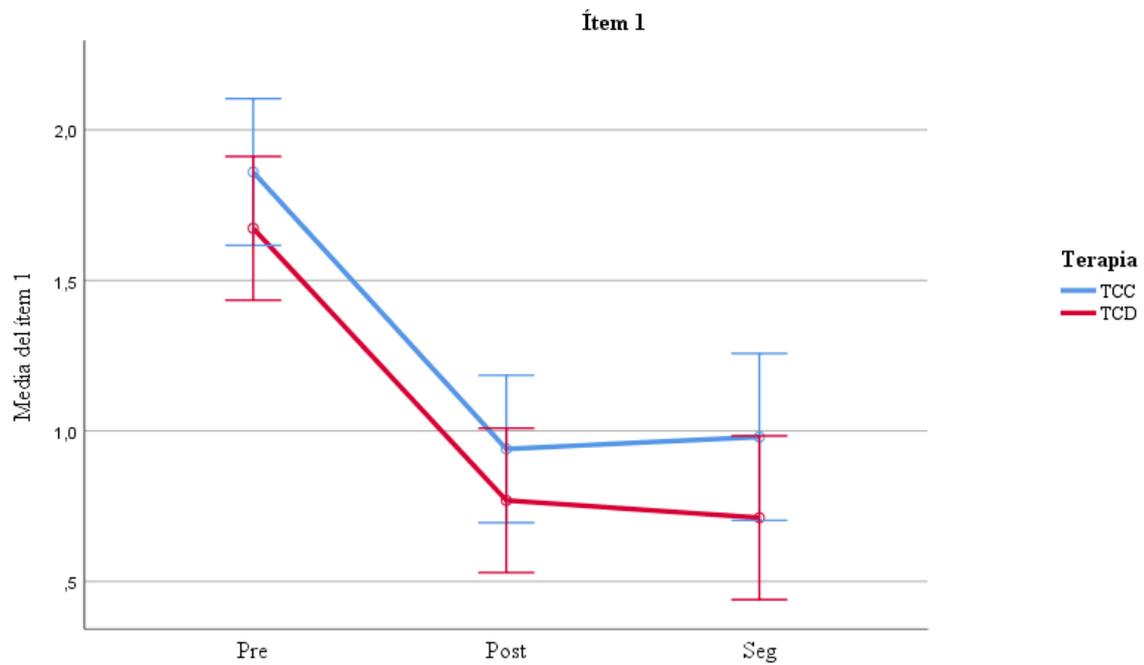


Figura 48. Comparación de medias del ítem 1 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

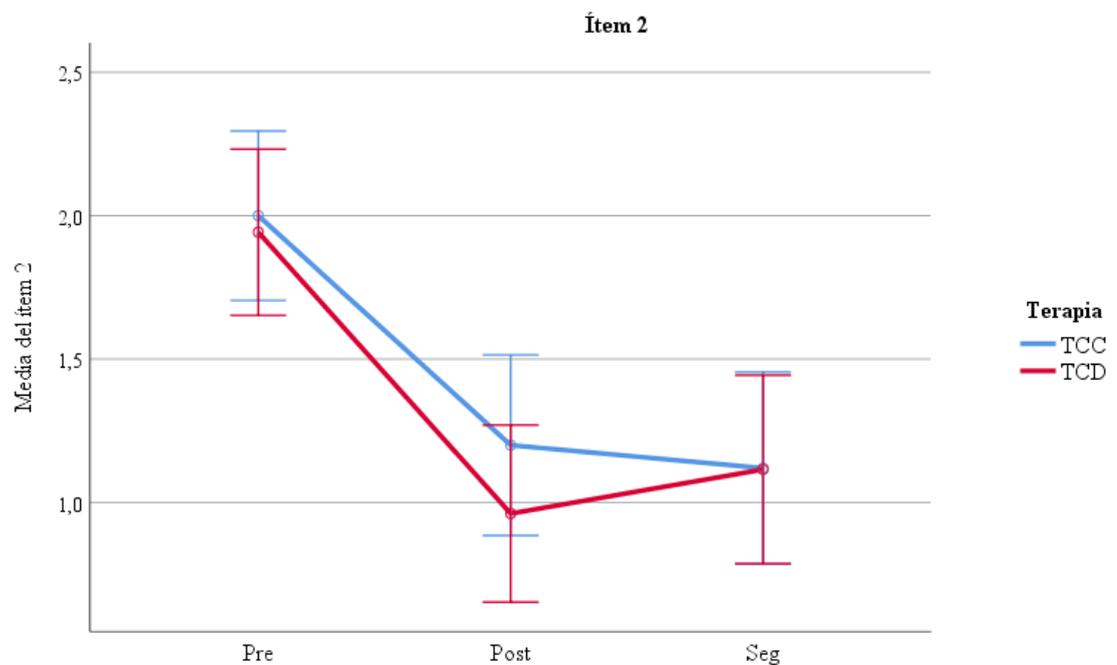


Figura 49. Comparación de medias del ítem 2 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

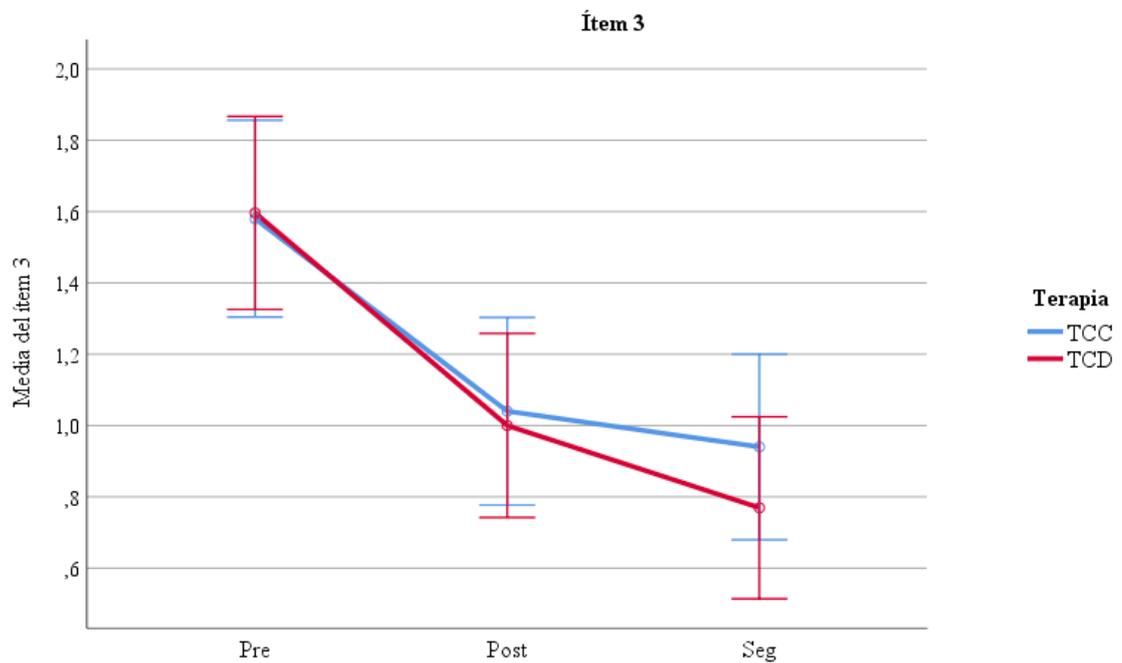


Figura 50. Comparación de medias del ítem 3 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

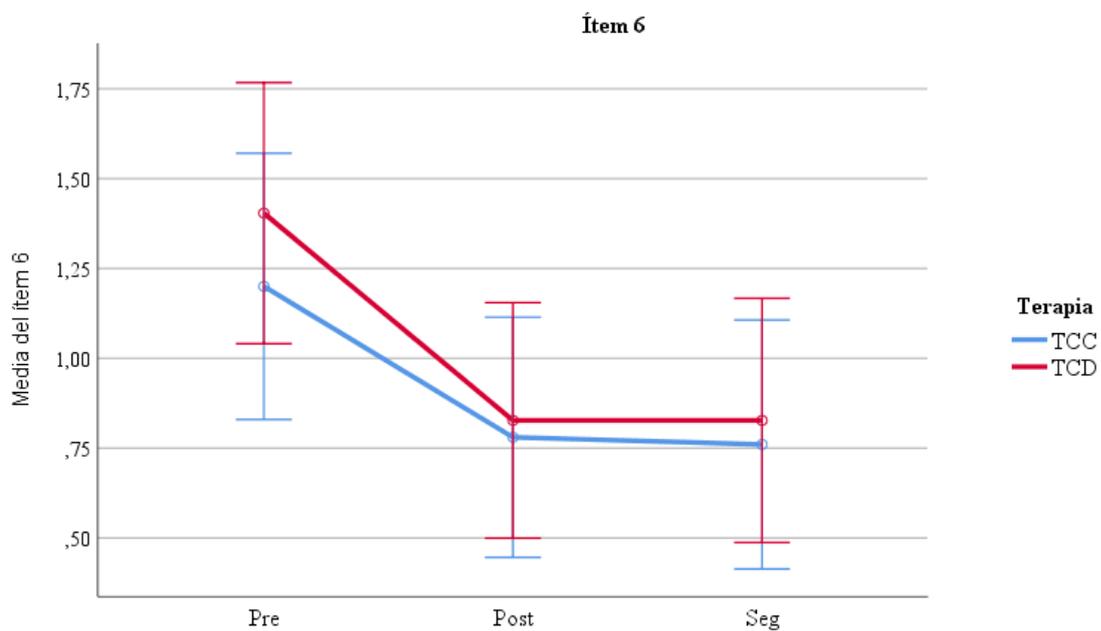


Figura 51. Comparación de medias del ítem 6 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

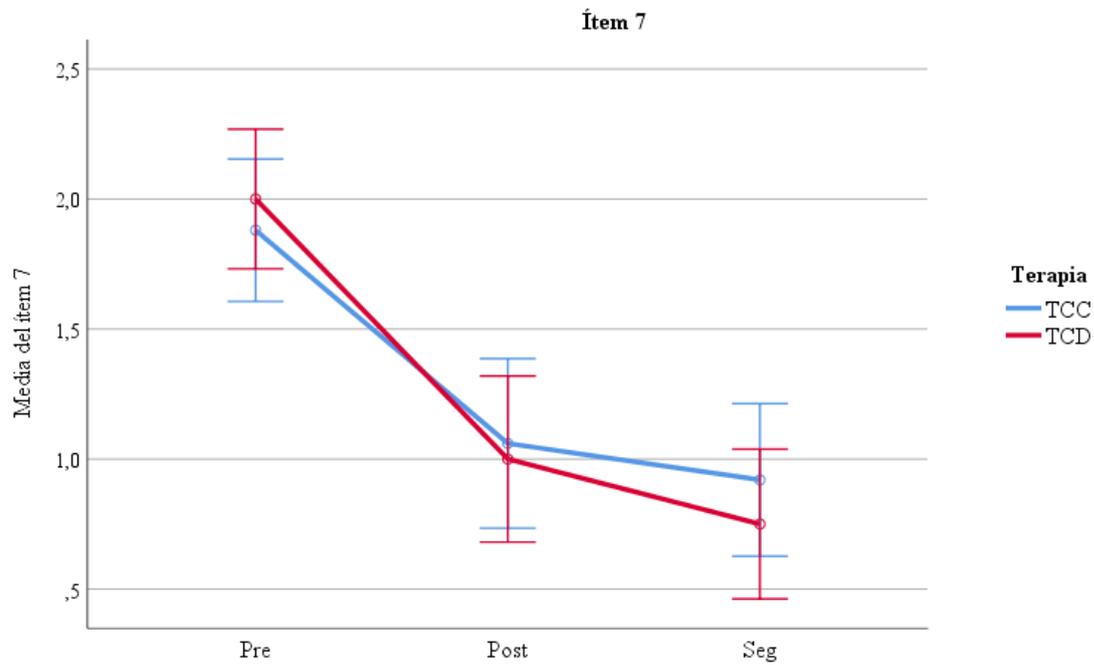


Figura 52. Comparación de medias del ítem 7 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

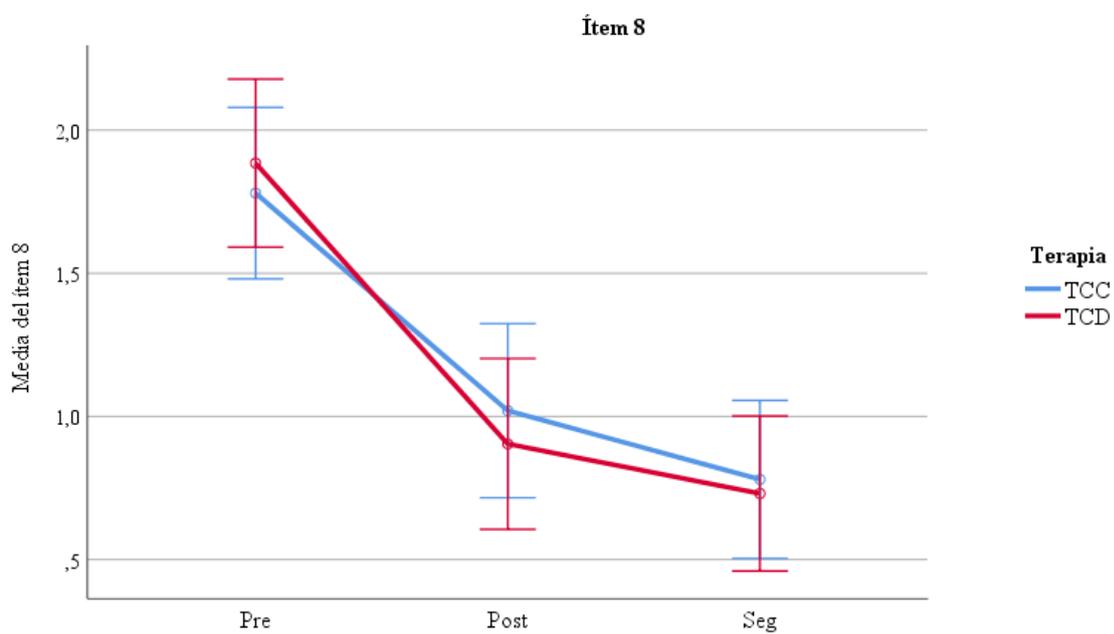


Figura 53. Comparación de medias del ítem 8 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

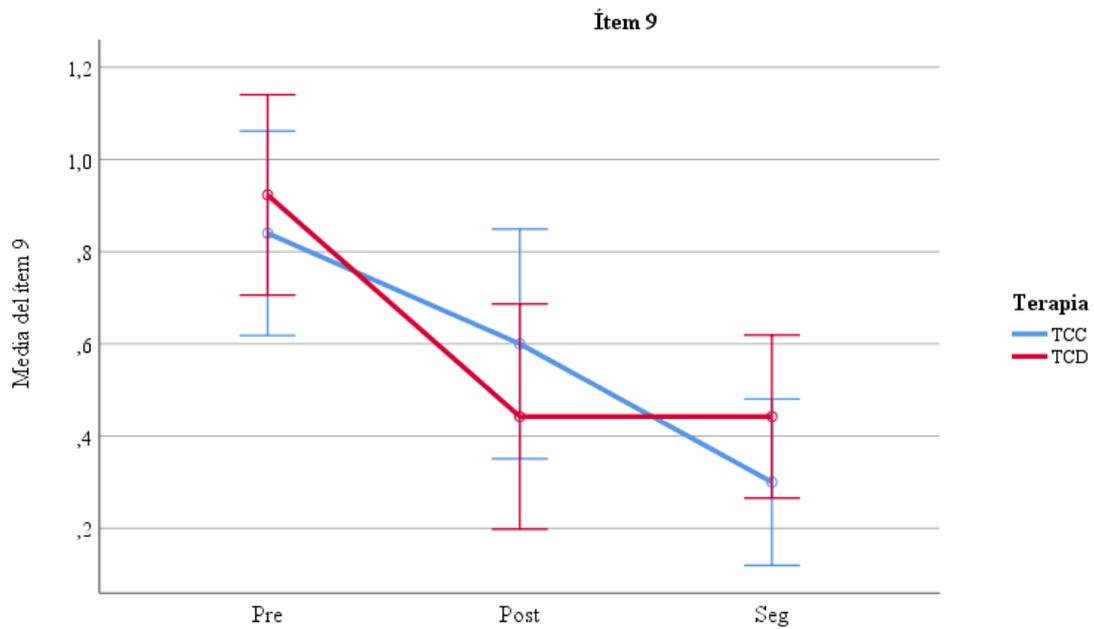


Figura 54. Comparación de medias del ítem 9 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

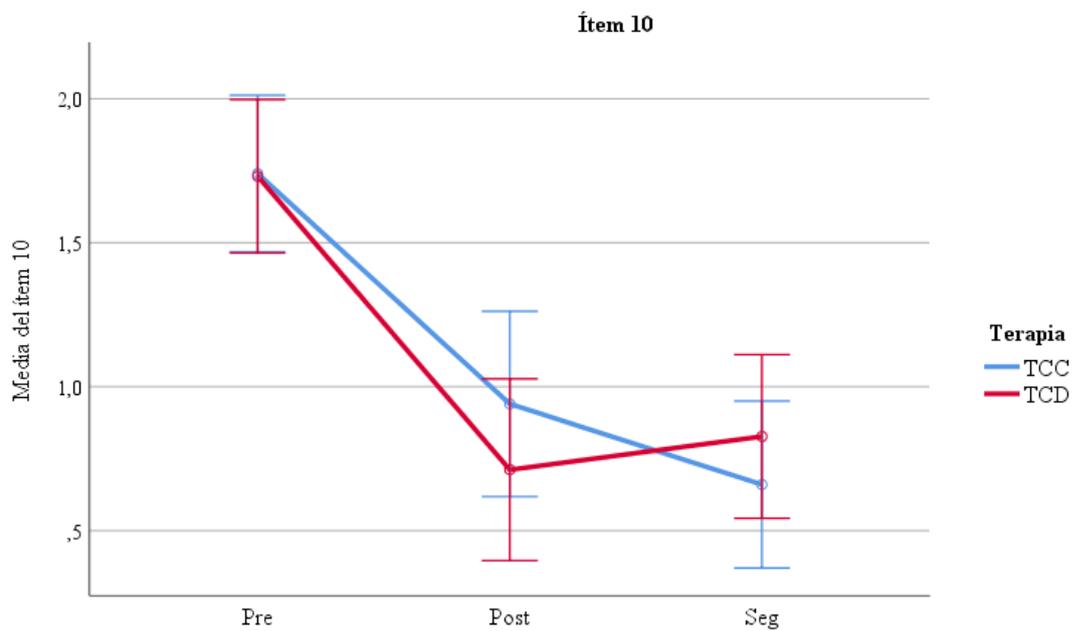


Figura 55. Comparación de medias del ítem 10 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

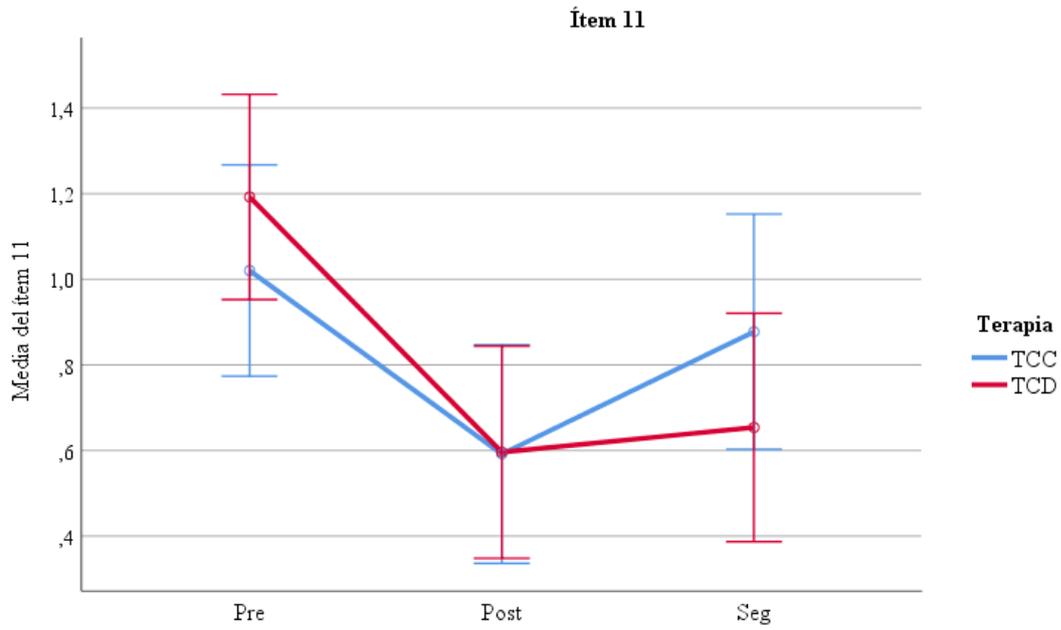


Figura 56. Comparación de medias del ítem 11 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

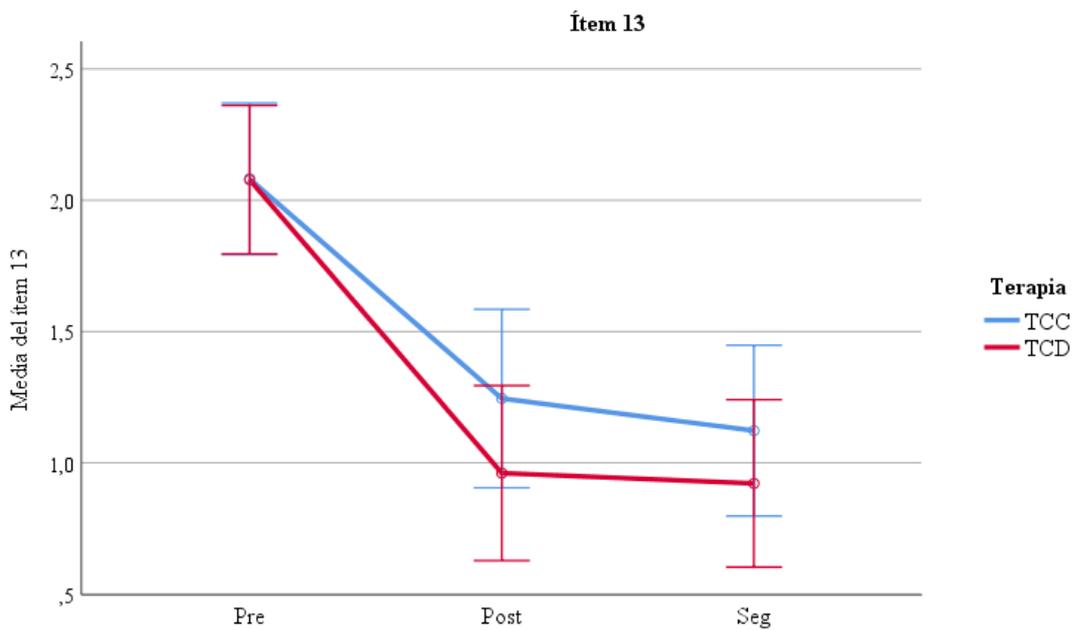


Figura 57. Comparación de medias del ítem 13 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

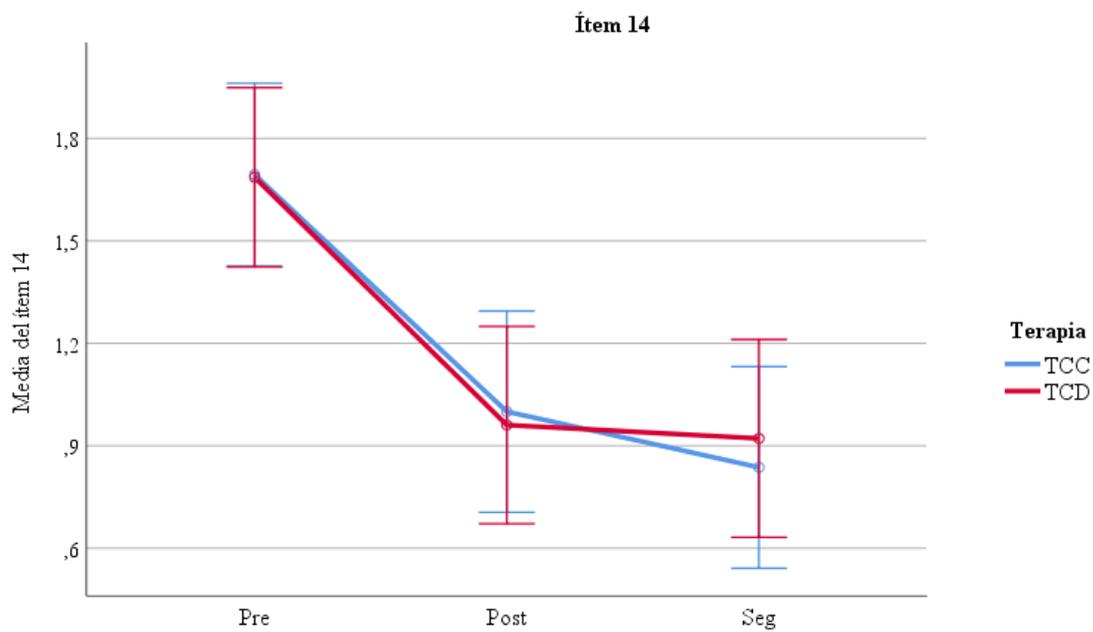


Figura 58. Comparación de medias del ítem 14 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

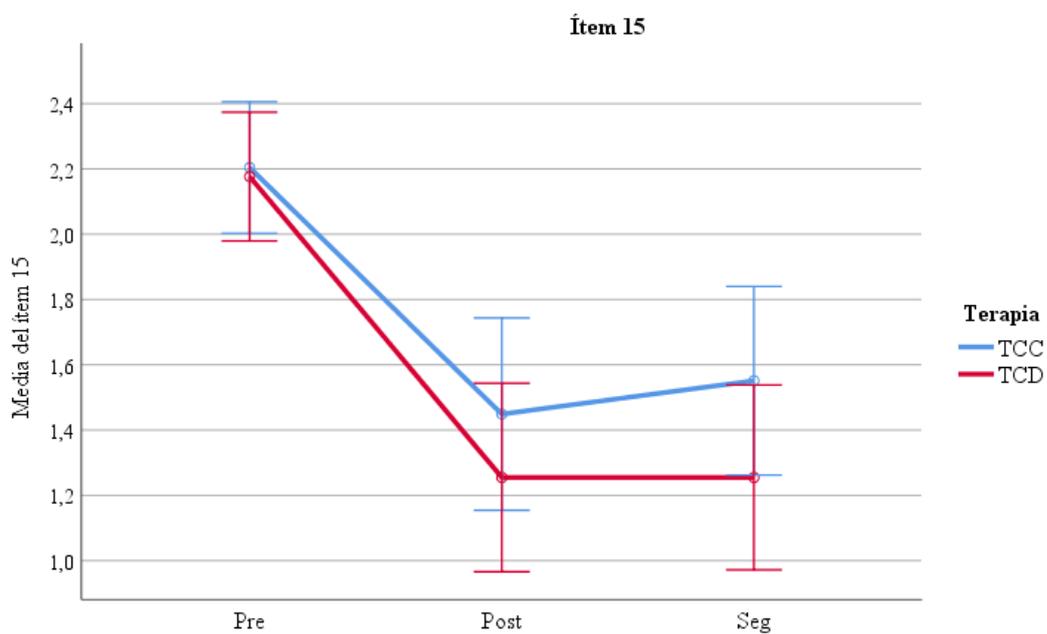


Figura 59. Comparación de medias del ítem 15 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

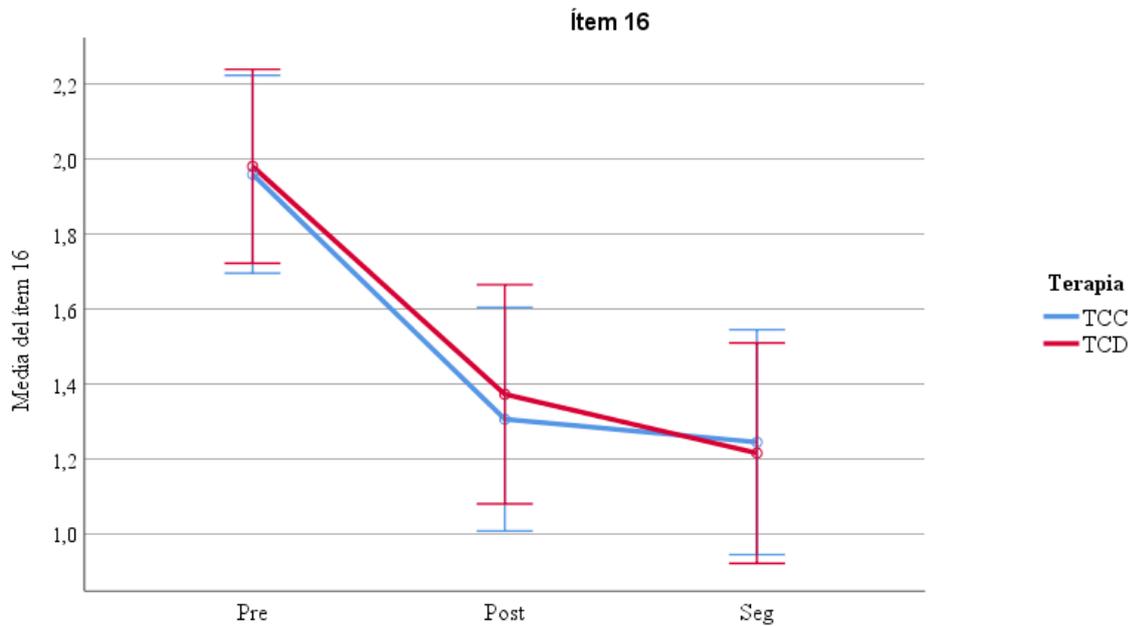


Figura 60. Comparación de medias del ítem 16 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

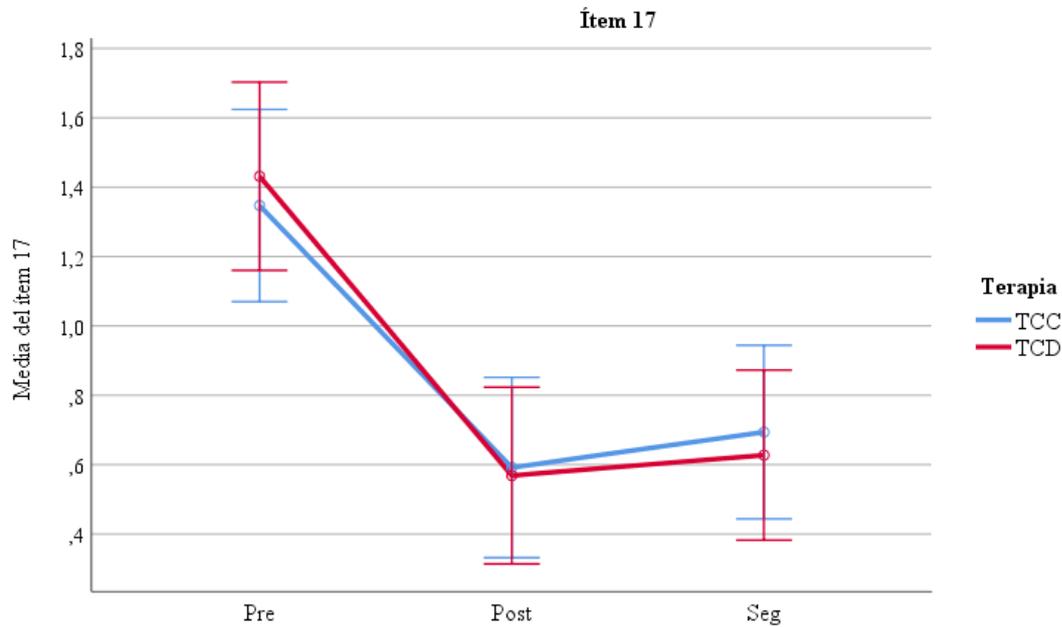


Figura 61. Comparación de medias del ítem 17 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

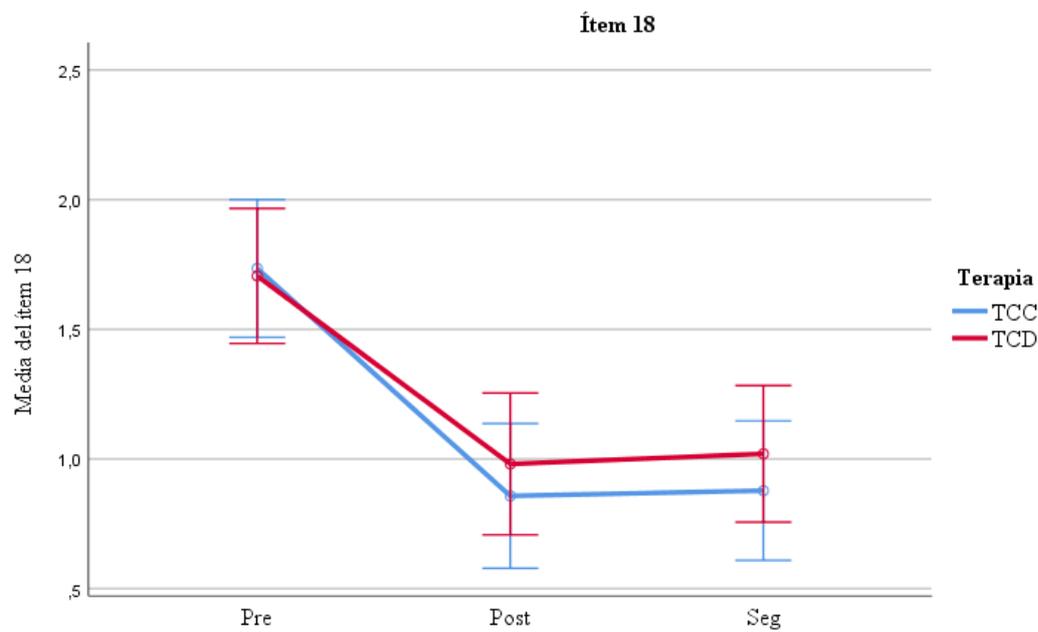


Figura 62. Comparación de medias del ítem 18 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

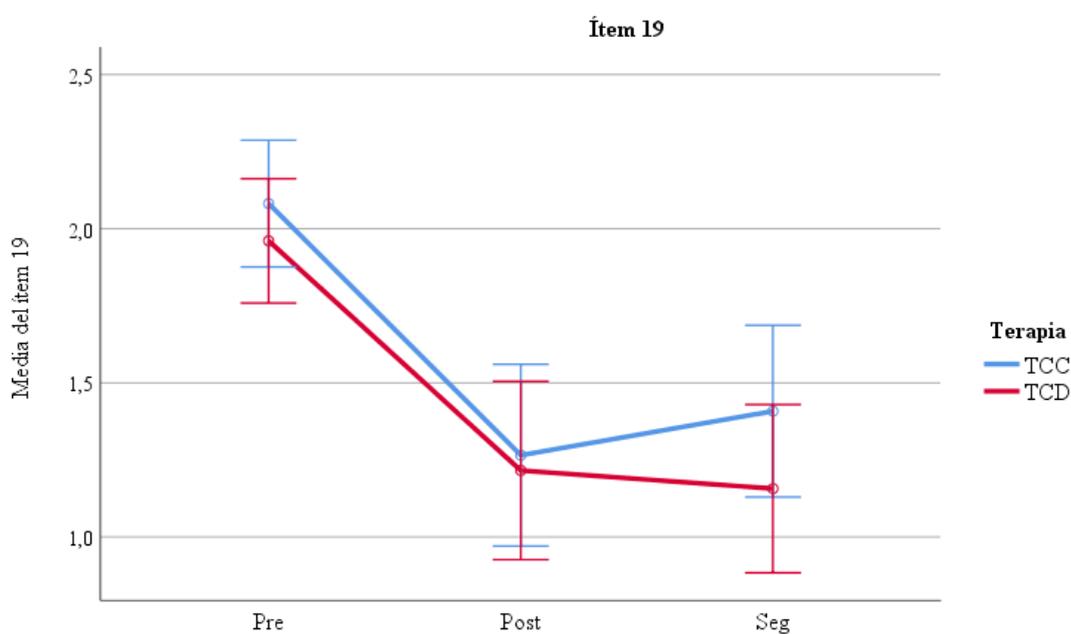


Figura 63. Comparación de medias del ítem 19 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

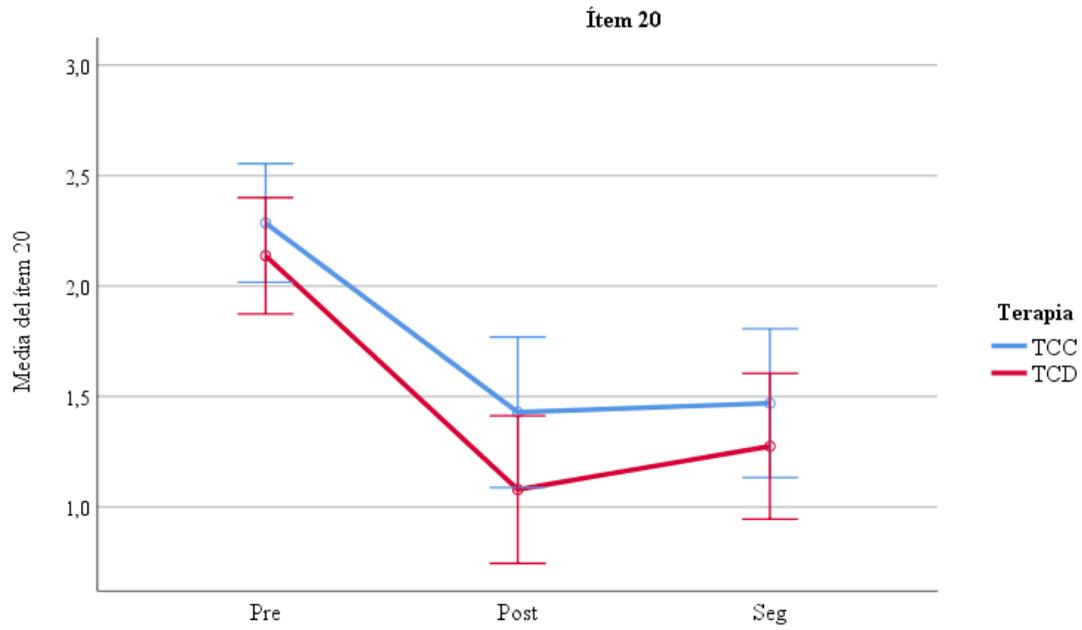


Figura 64. Comparación de medias del ítem 20 del BDI-II según la intervención y del momento de la evaluación

Anexo 7 Dendogramas de los ítems del CORE-OM

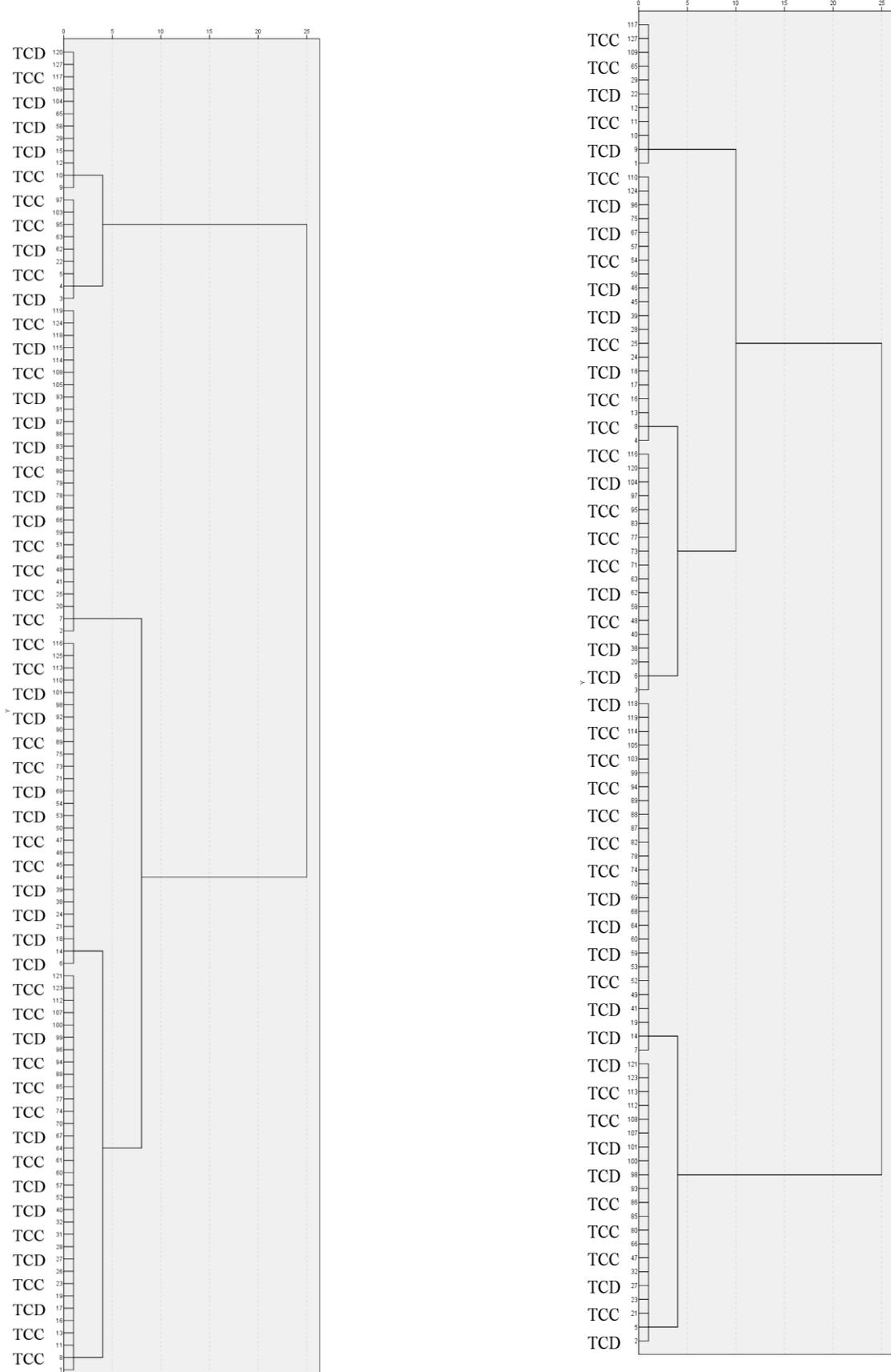


Figura 65. Dendogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 1 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

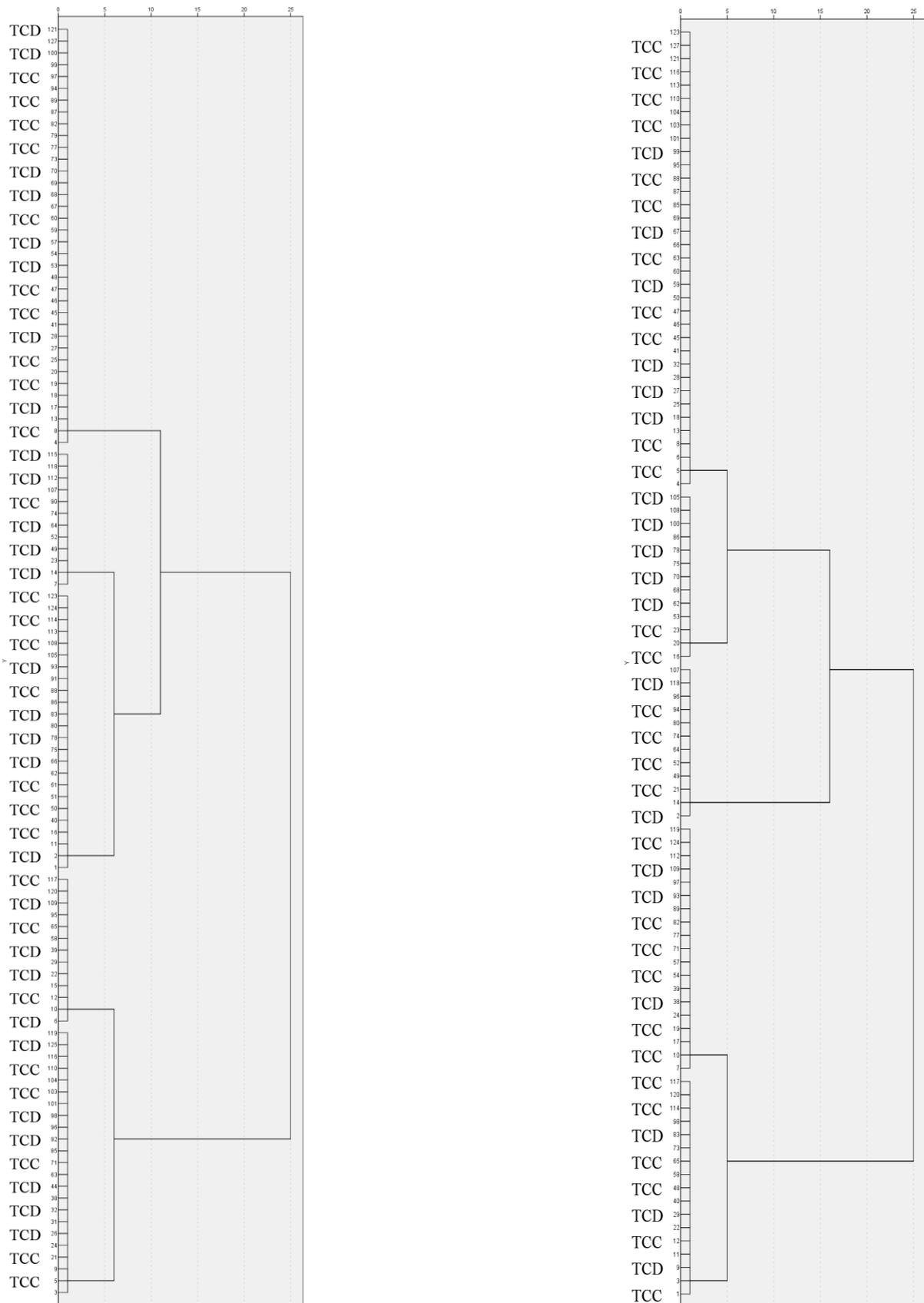


Figura 66. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el ítem 2 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

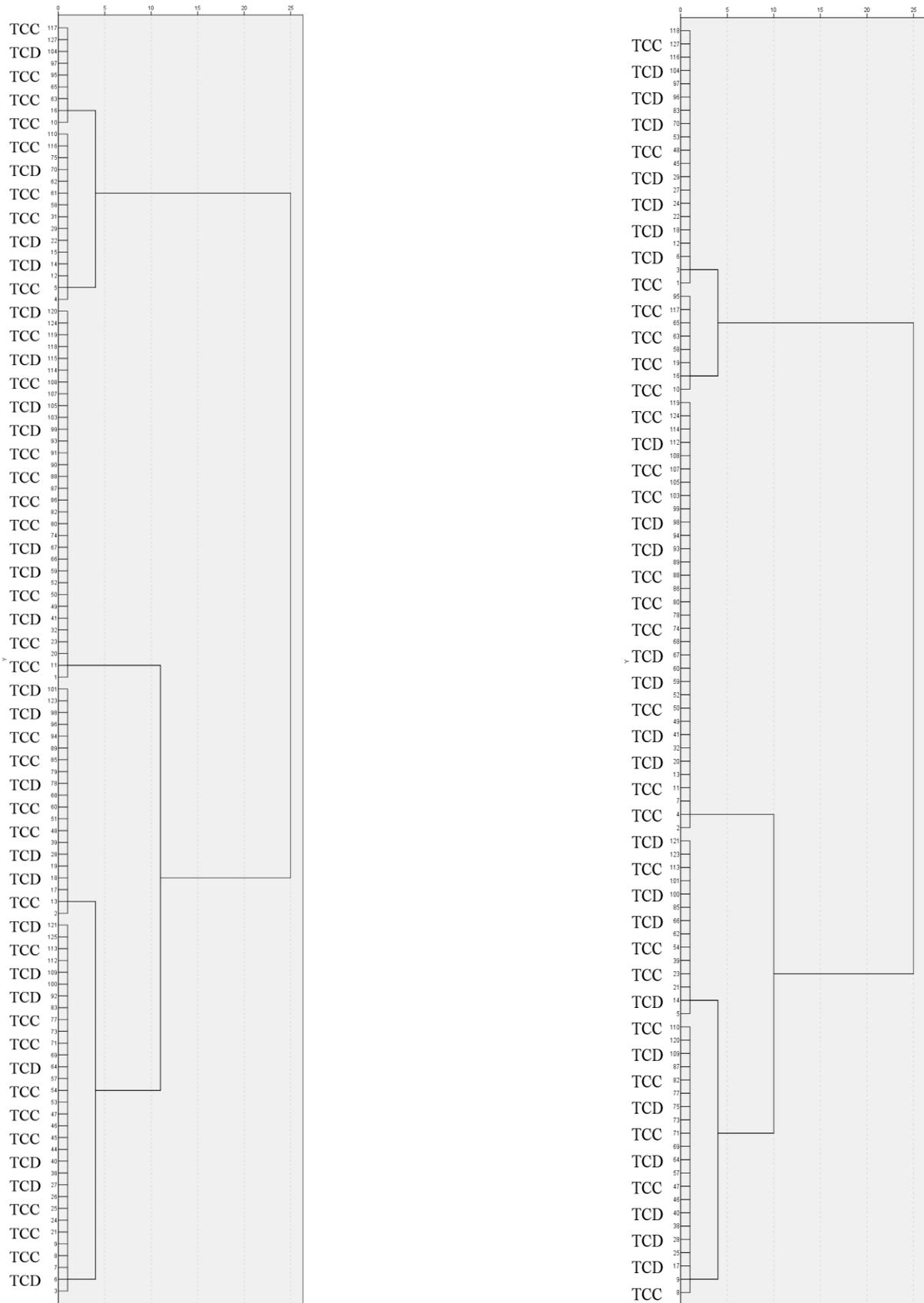


Figura 67. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 3 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

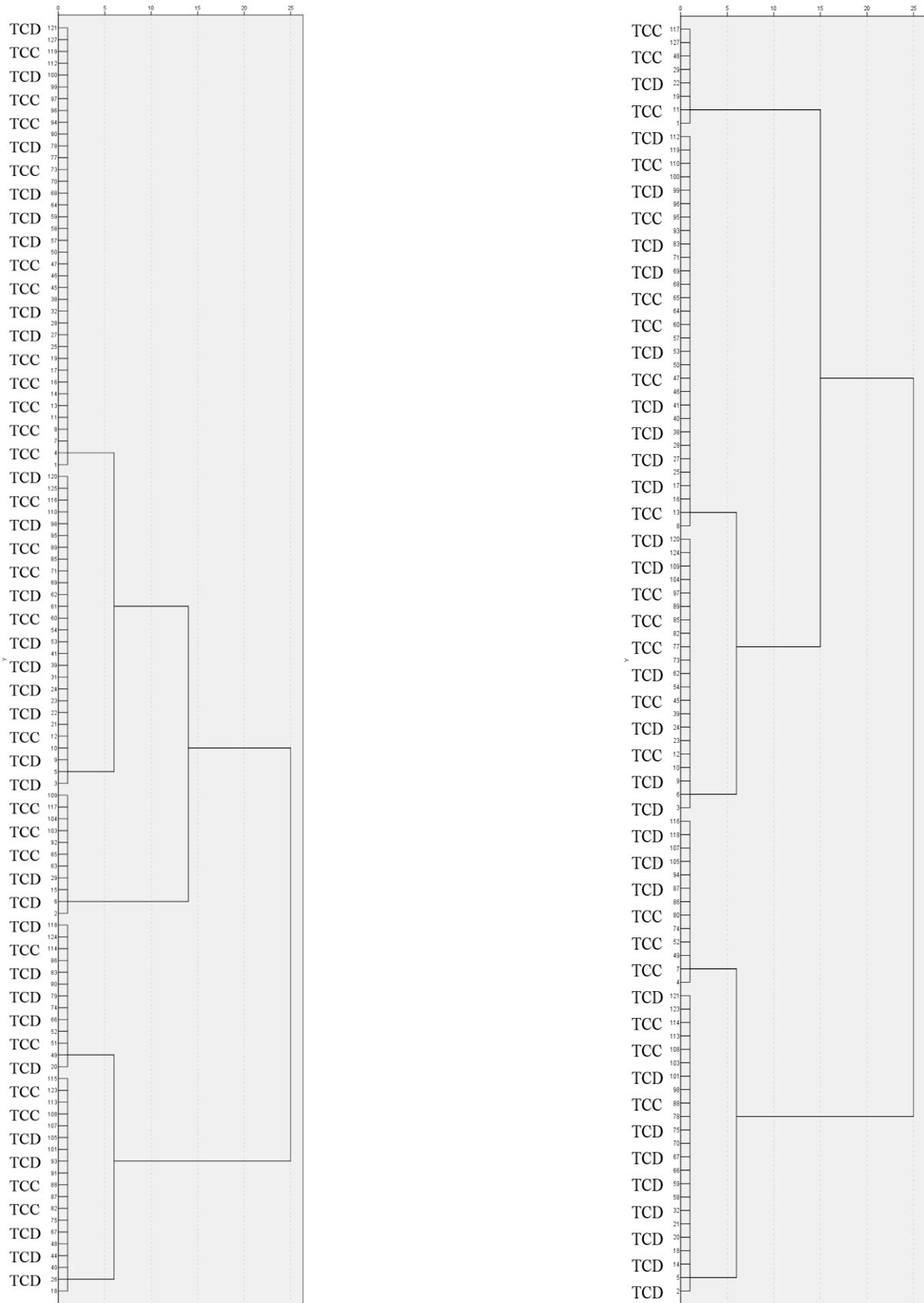


Figura 68. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 4 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

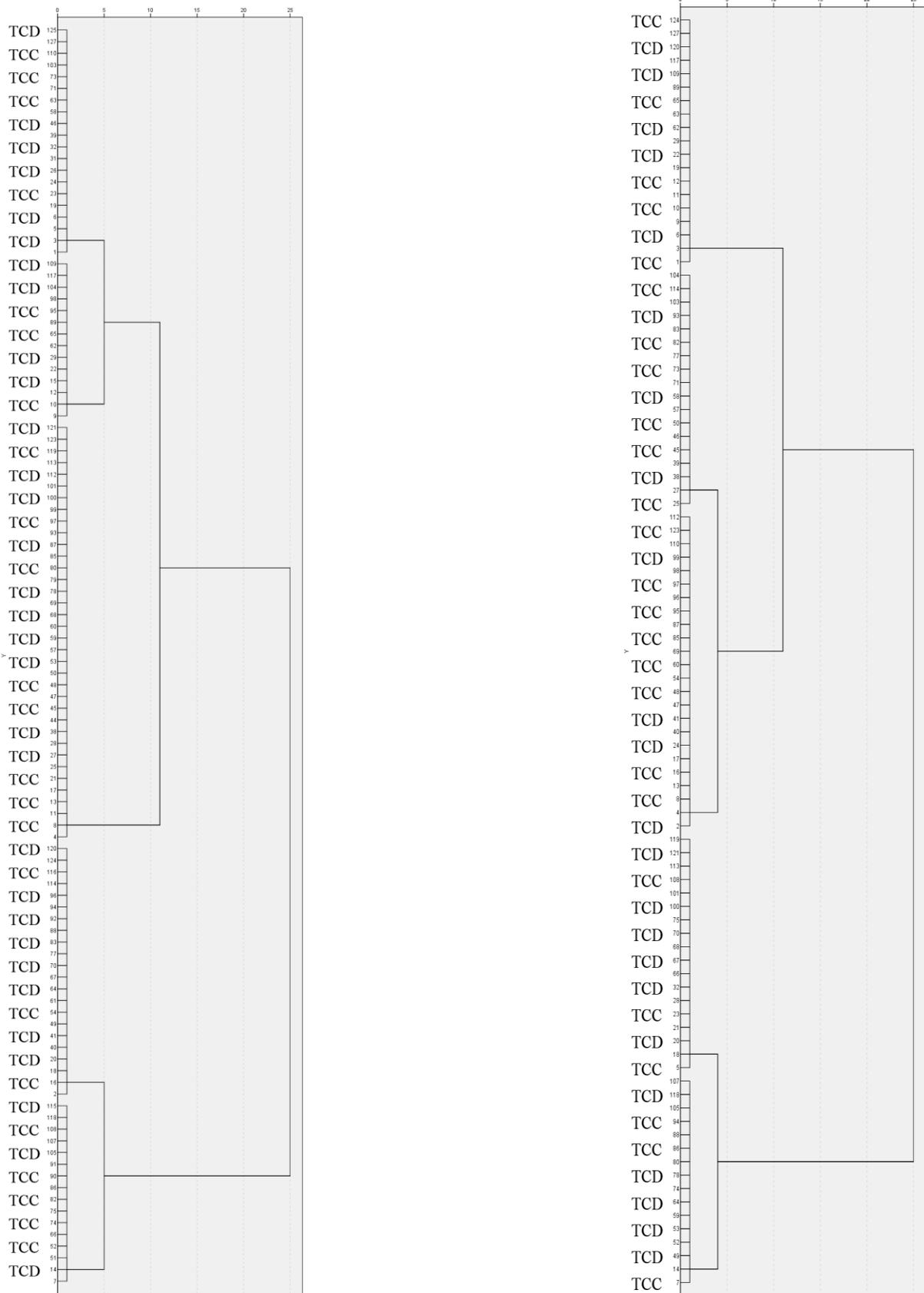


Figura 69. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 5 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

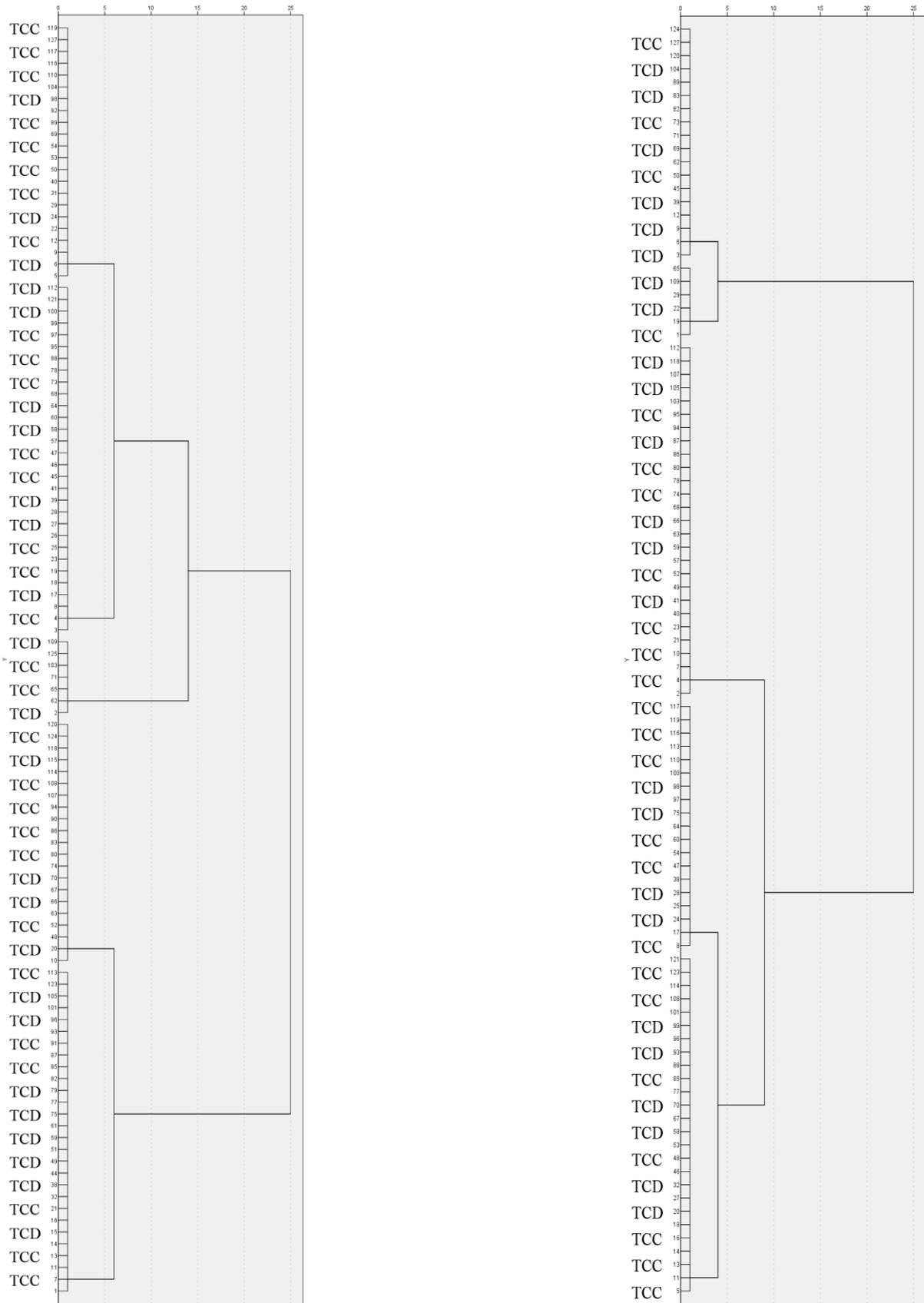


Figura 71. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 7 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

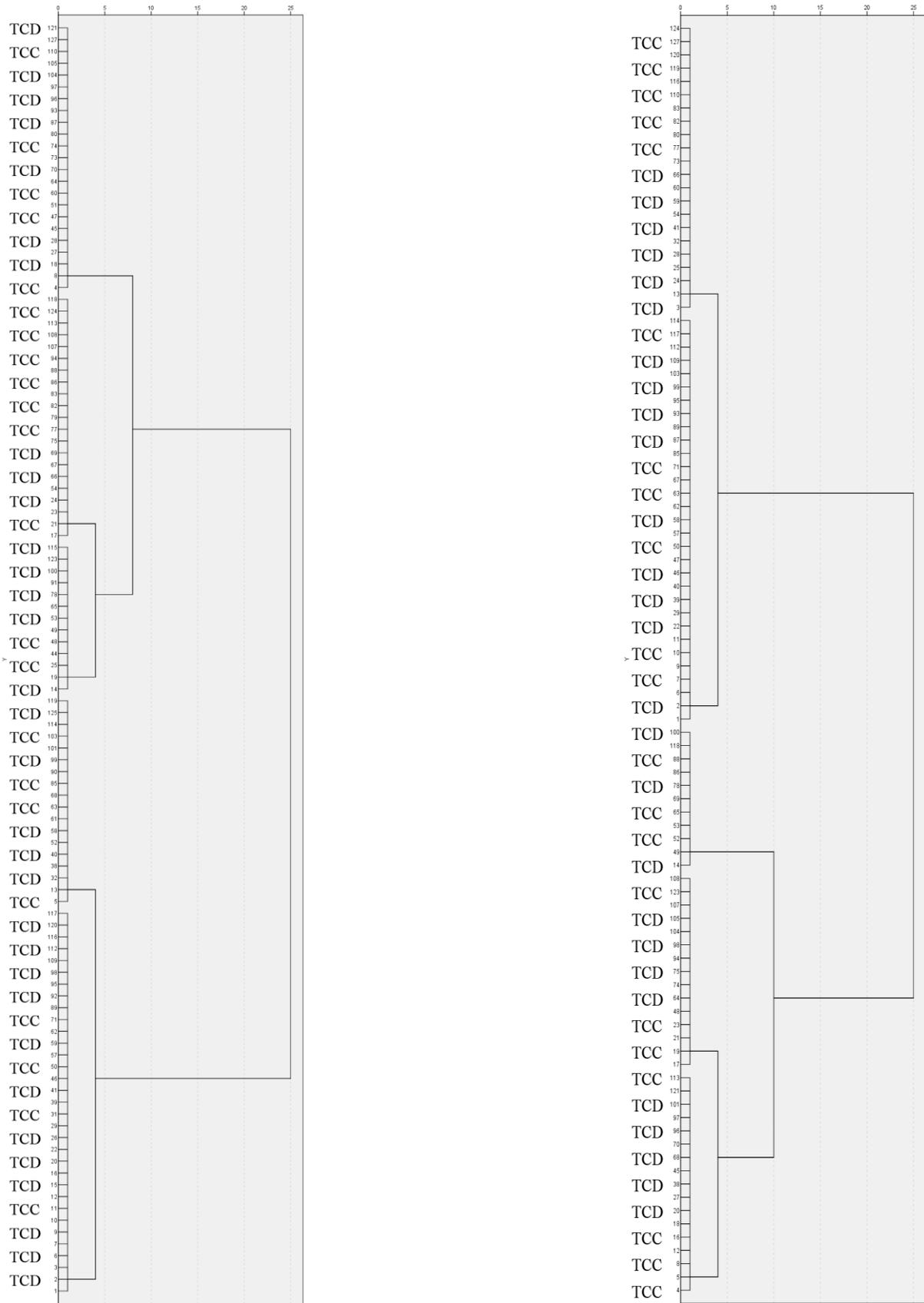


Figura 72. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 8 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

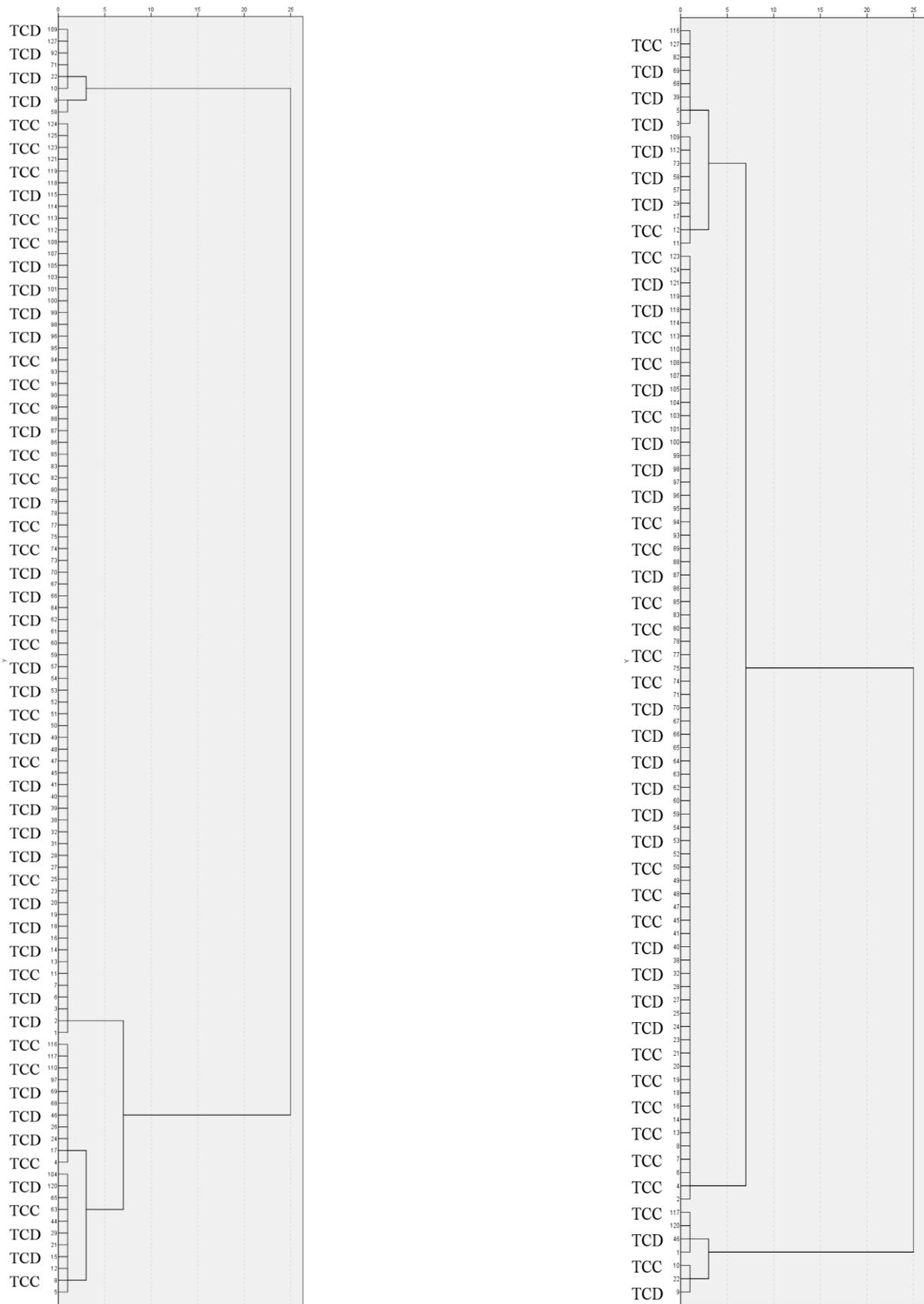


Figura 73. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 9 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

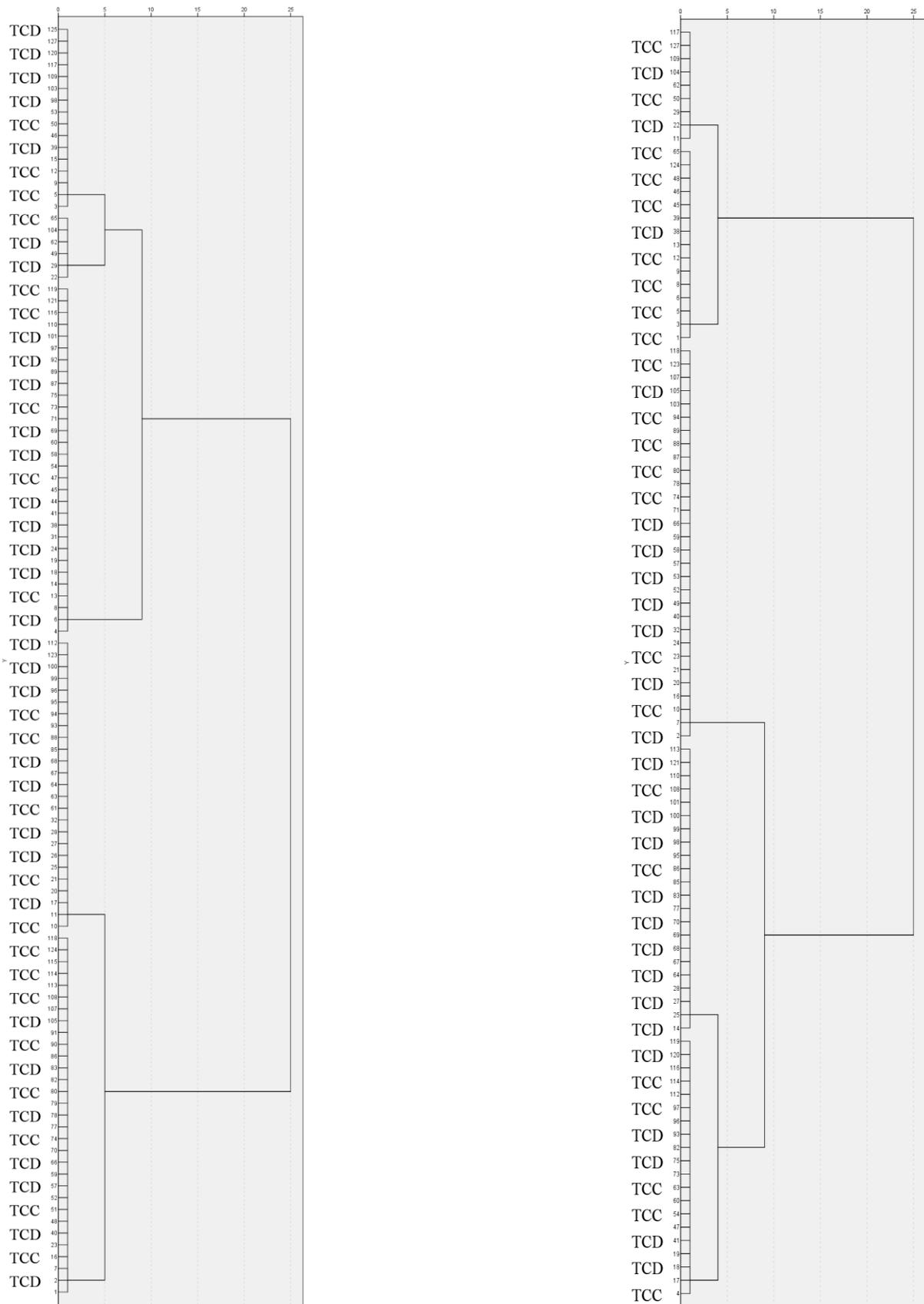


Figura 74. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 10 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

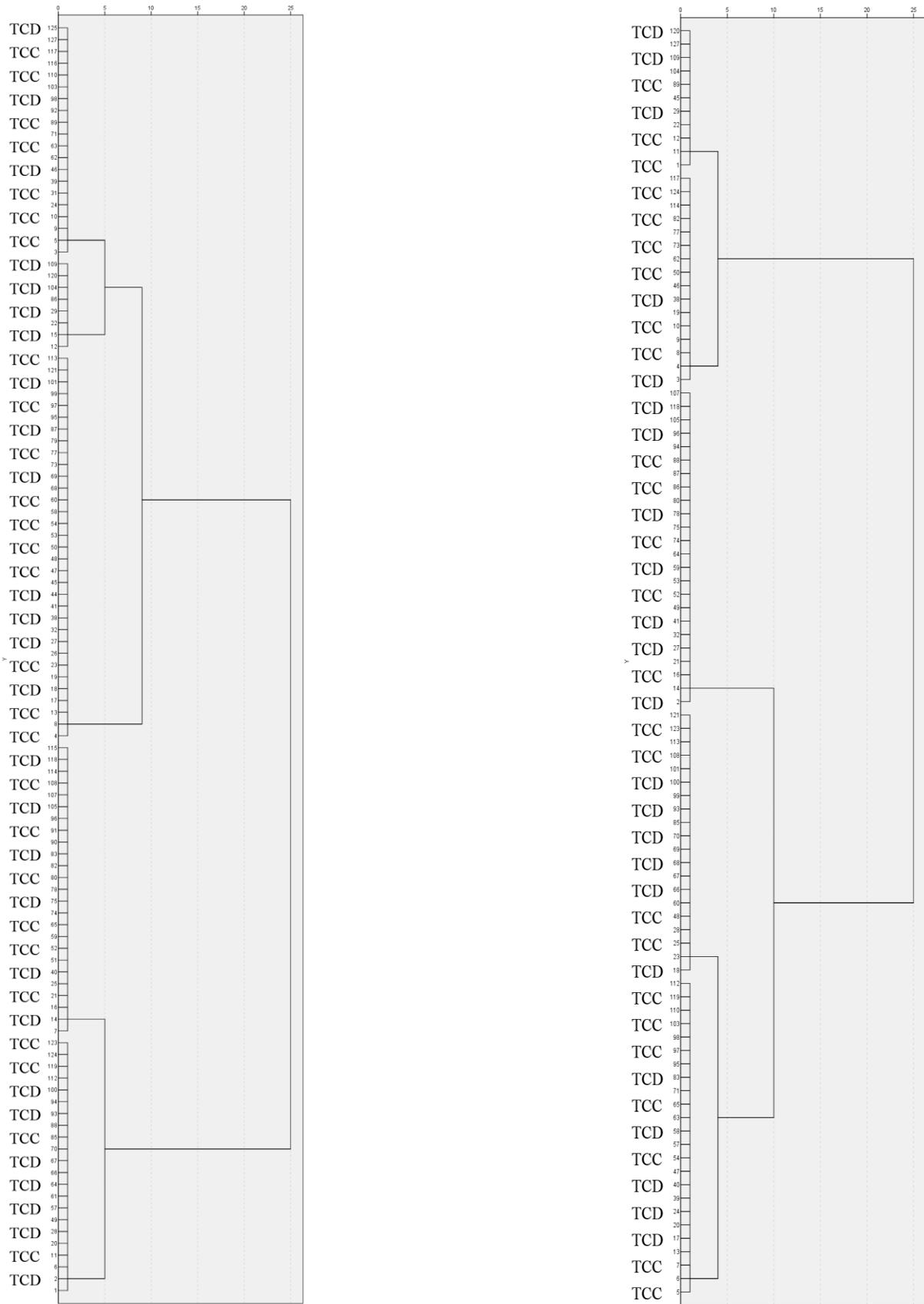


Figura 75. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 11 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

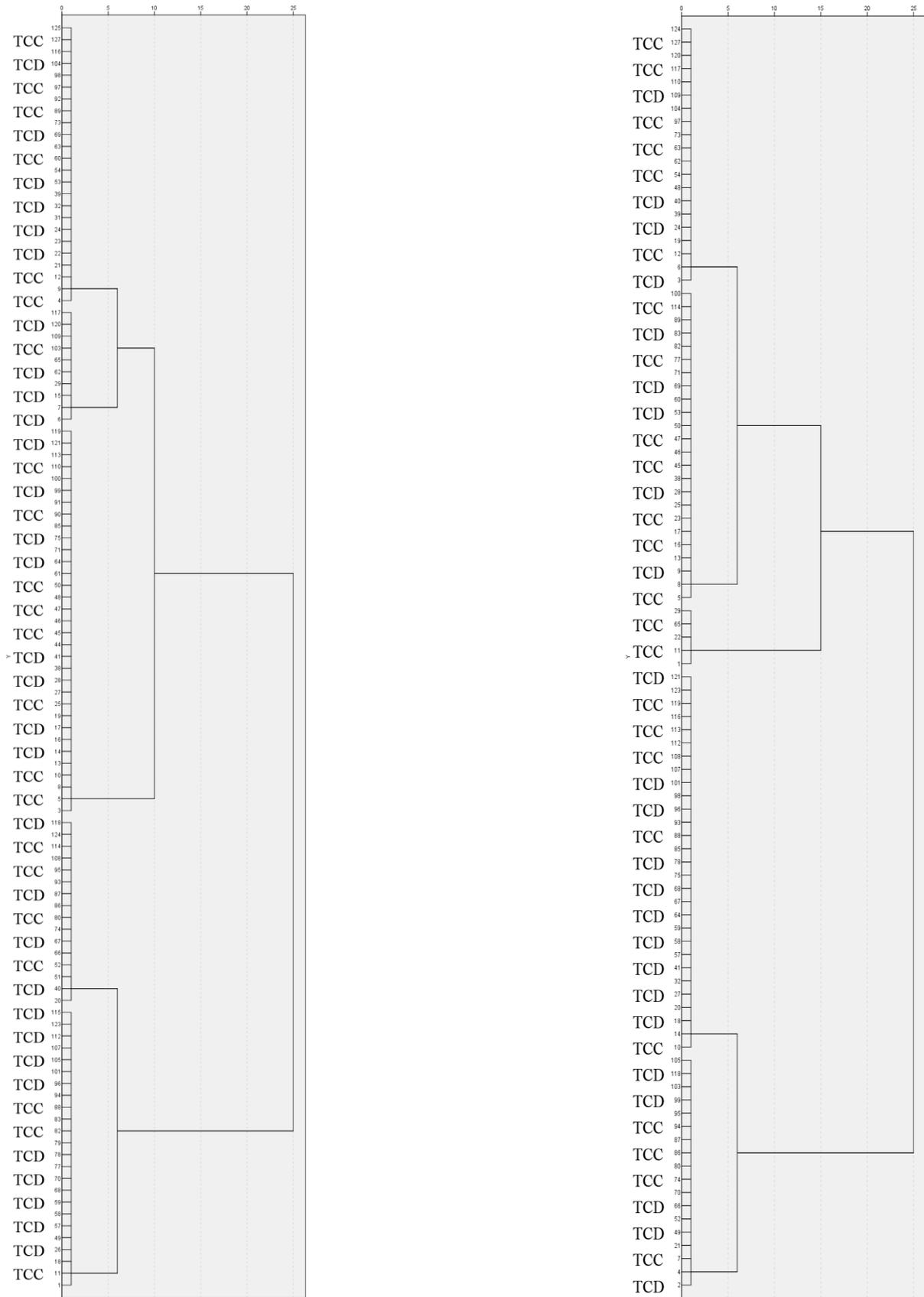


Figura 76. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 12 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

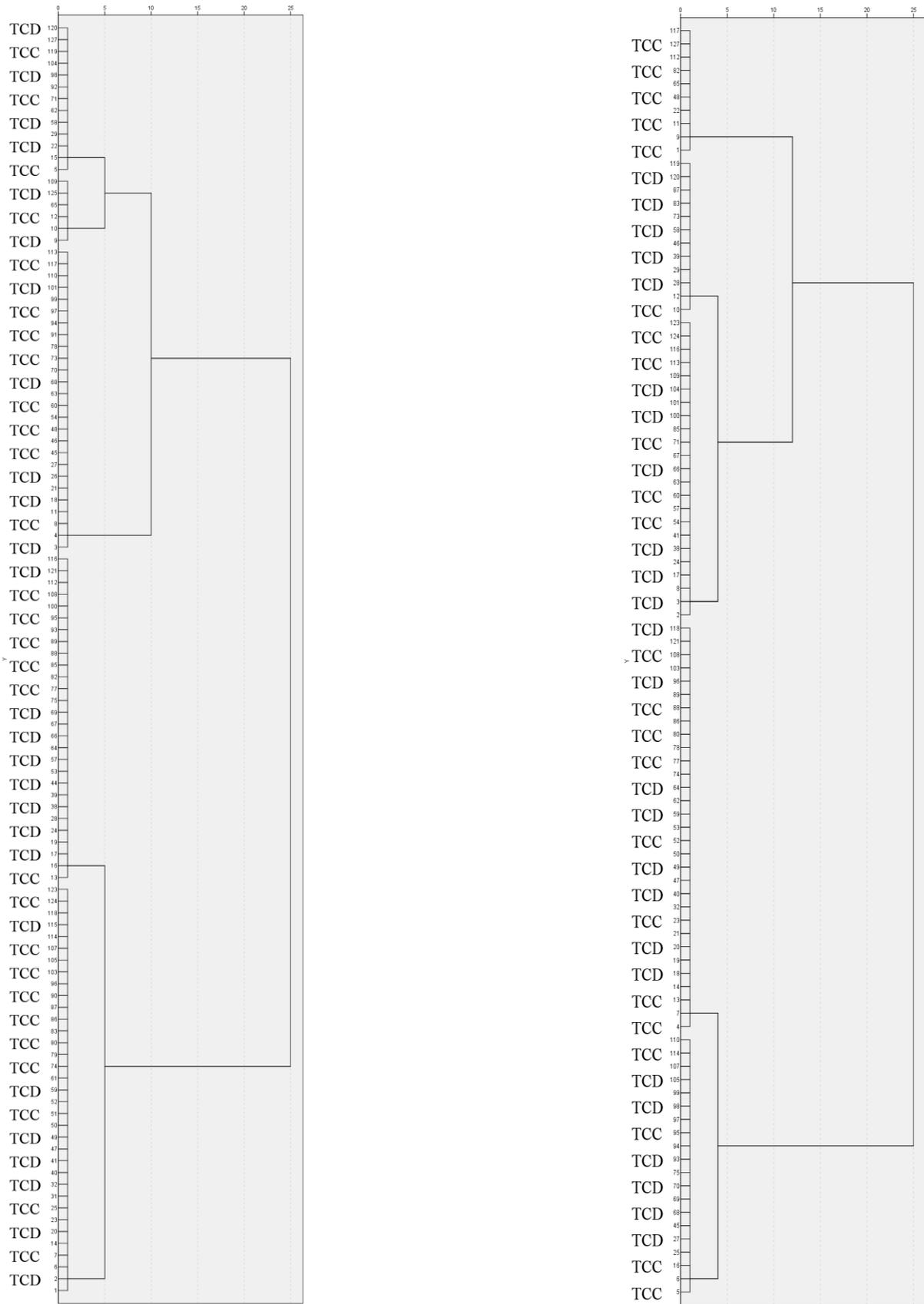


Figura 77. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 13 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

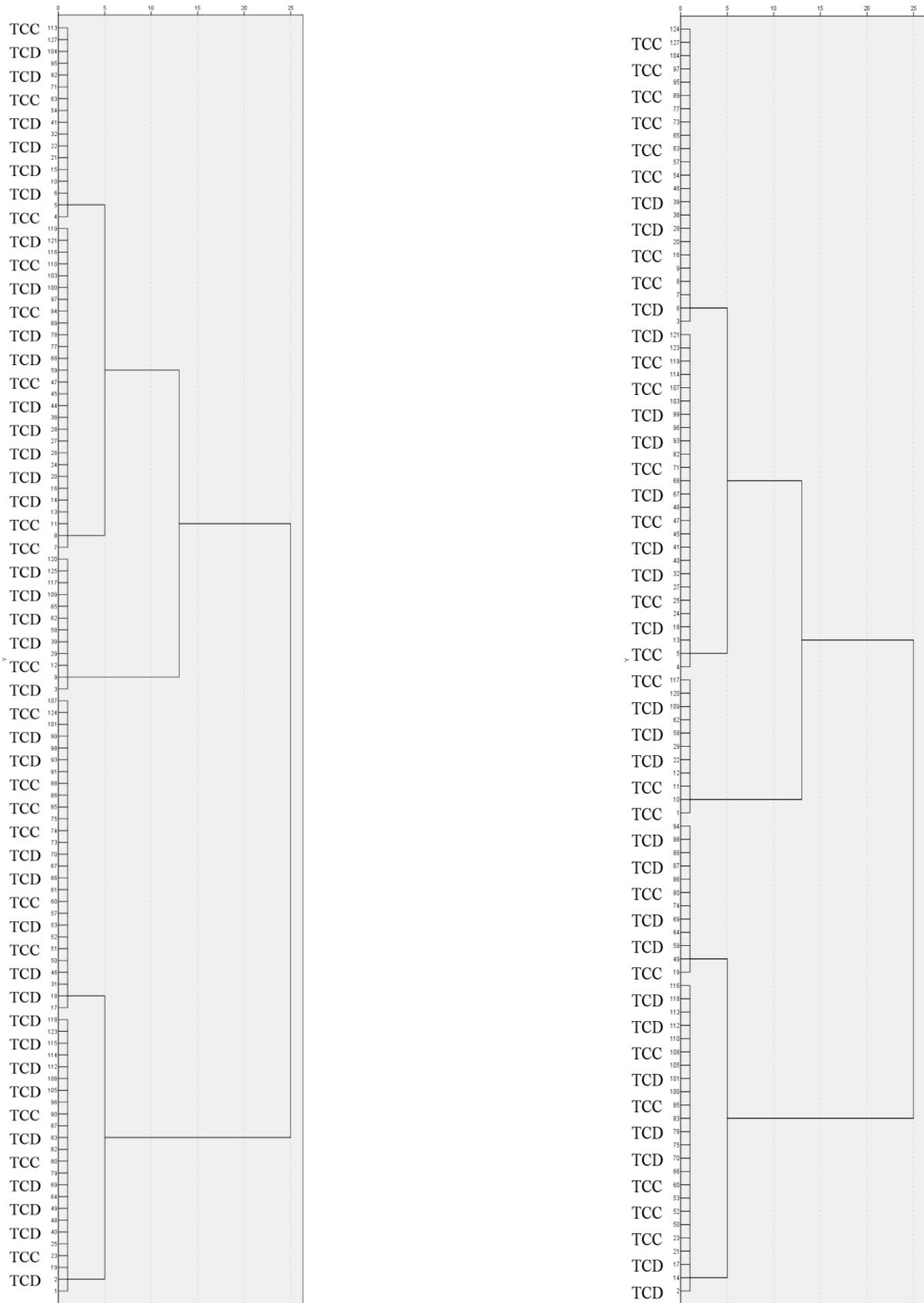


Figura 78. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 14 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

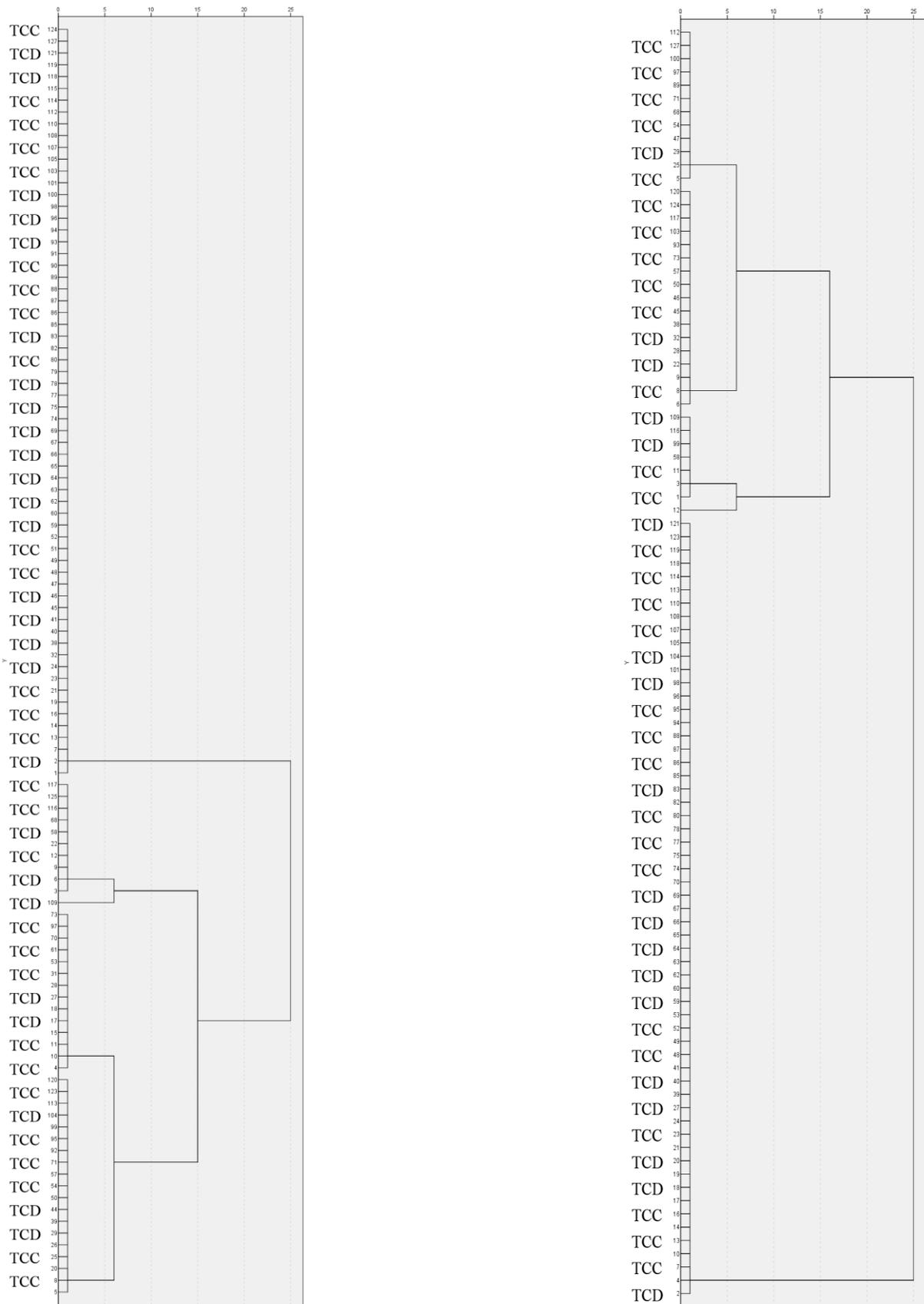


Figura 79. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el ítem 15 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

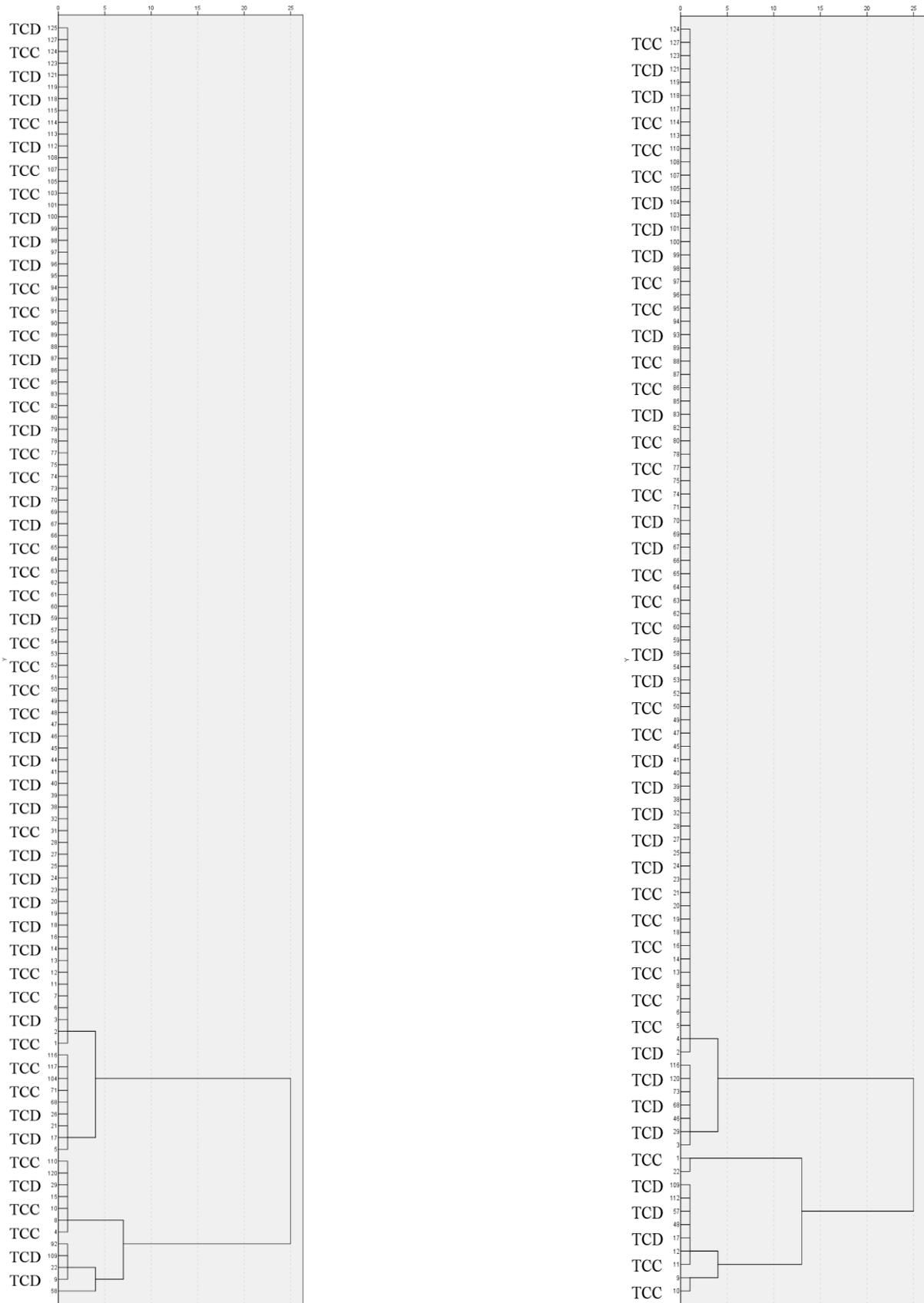


Figura 80. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 16 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

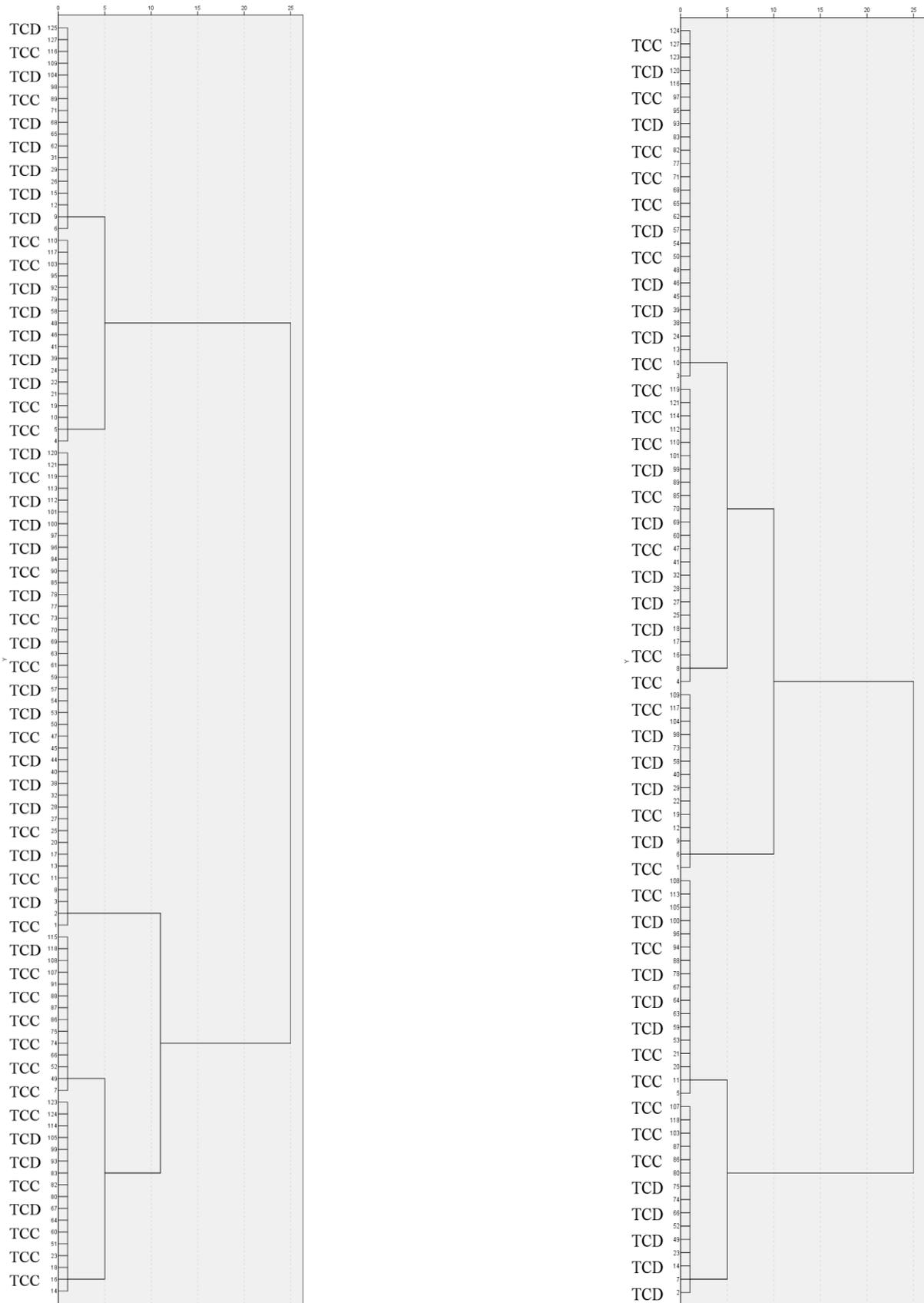


Figura 81. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 17 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

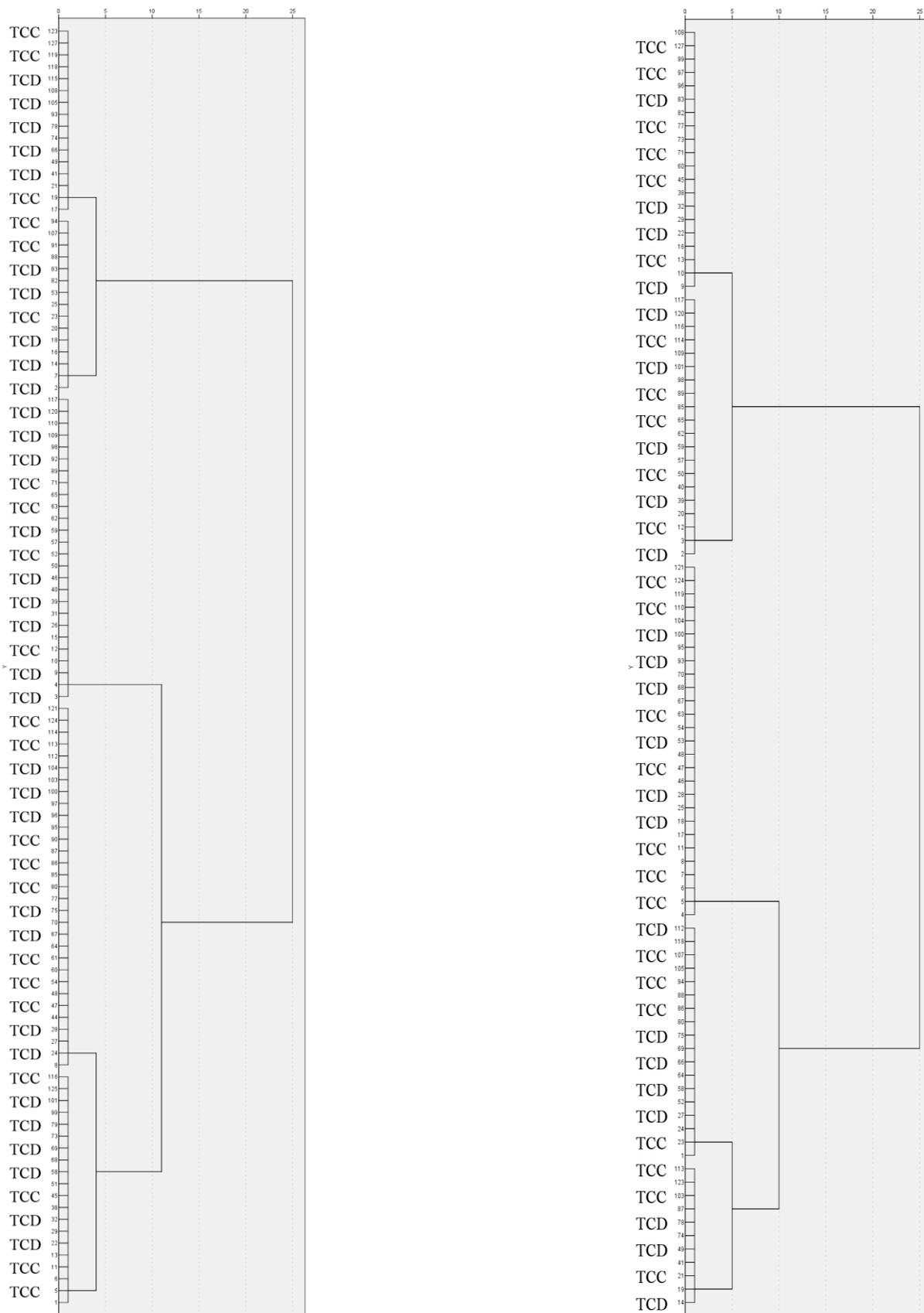


Figura 82. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 18 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

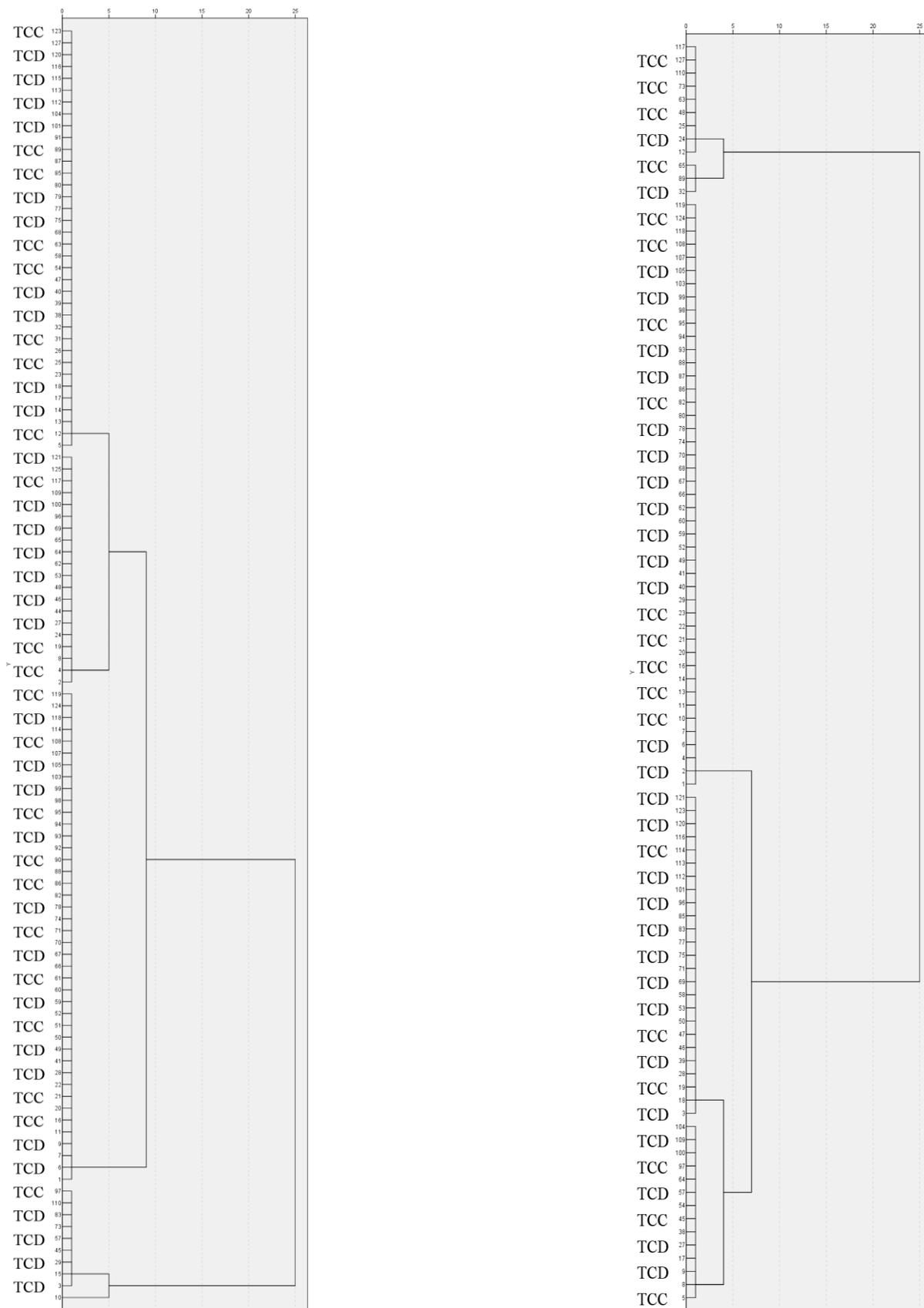


Figura 83. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 19 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

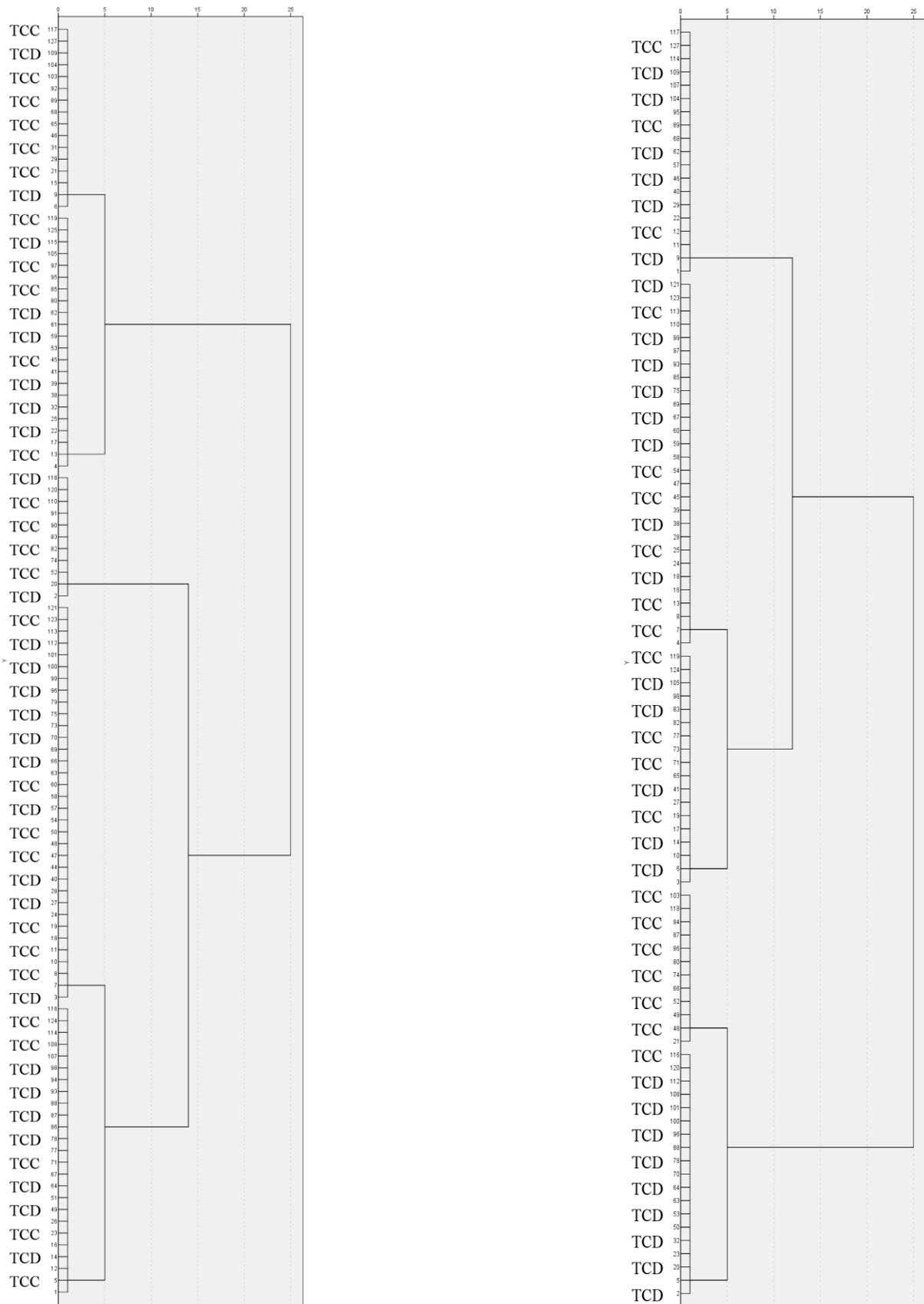


Figura 84. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 20 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

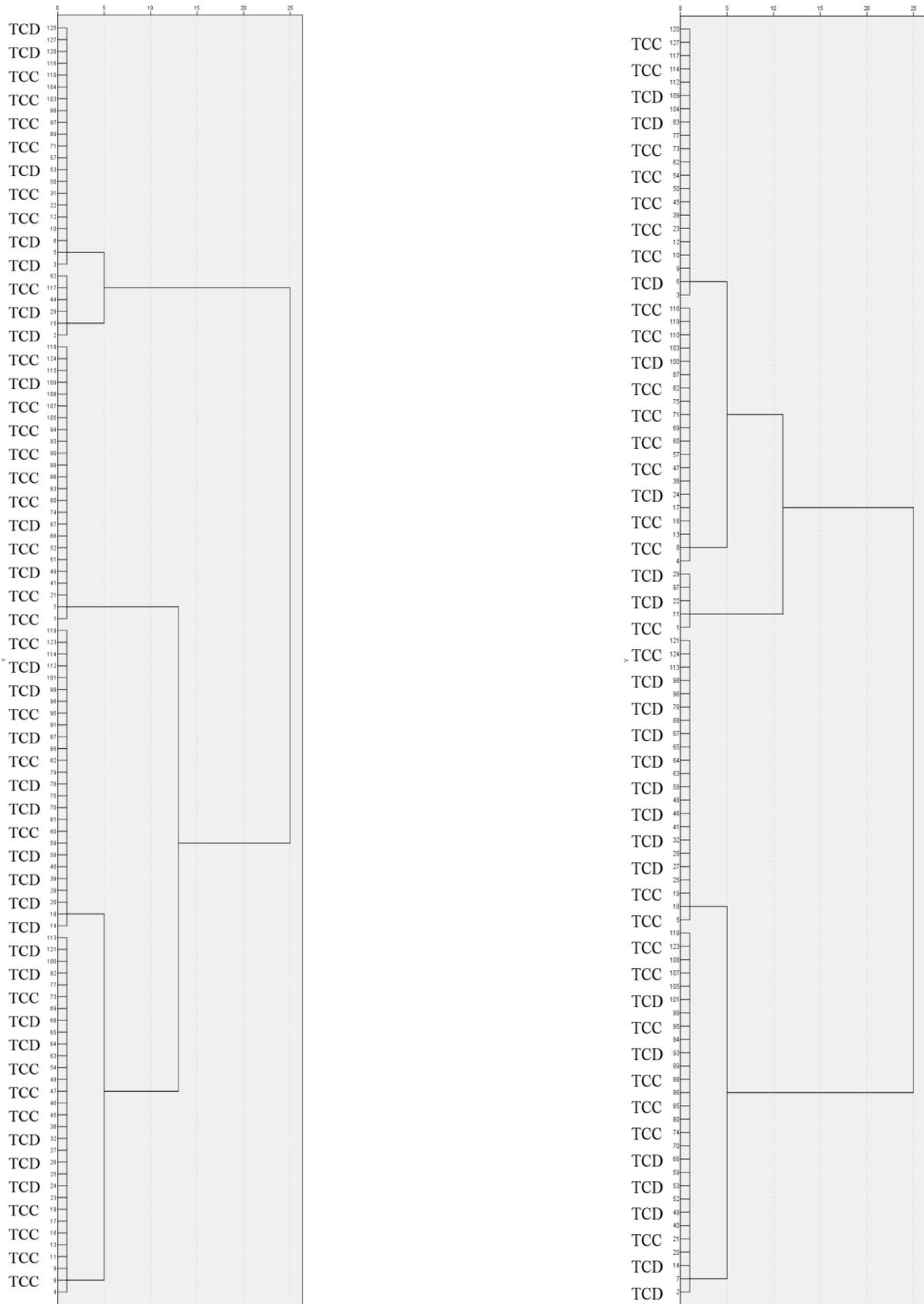


Figura 85. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 21 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

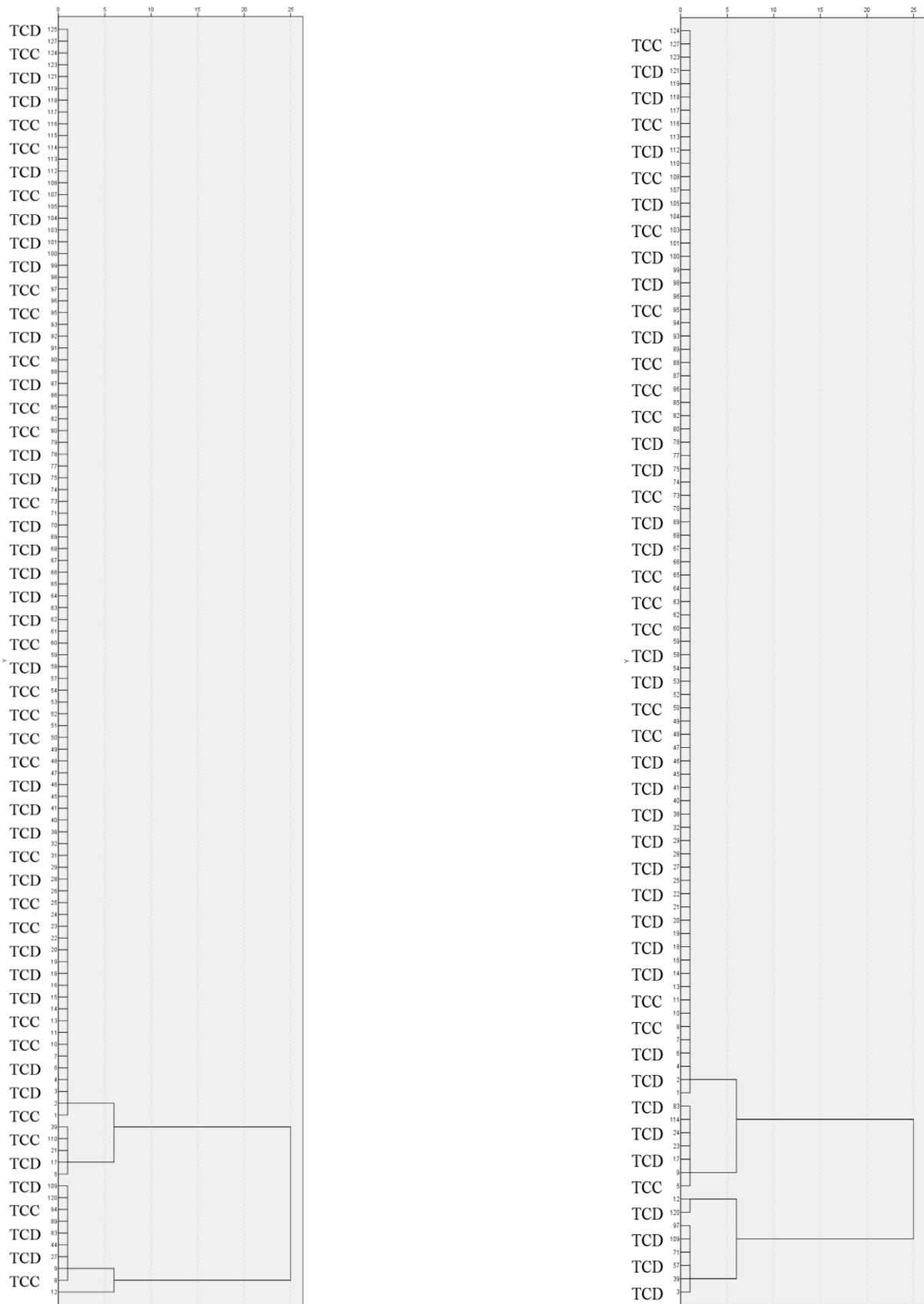


Figura 86. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 22 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

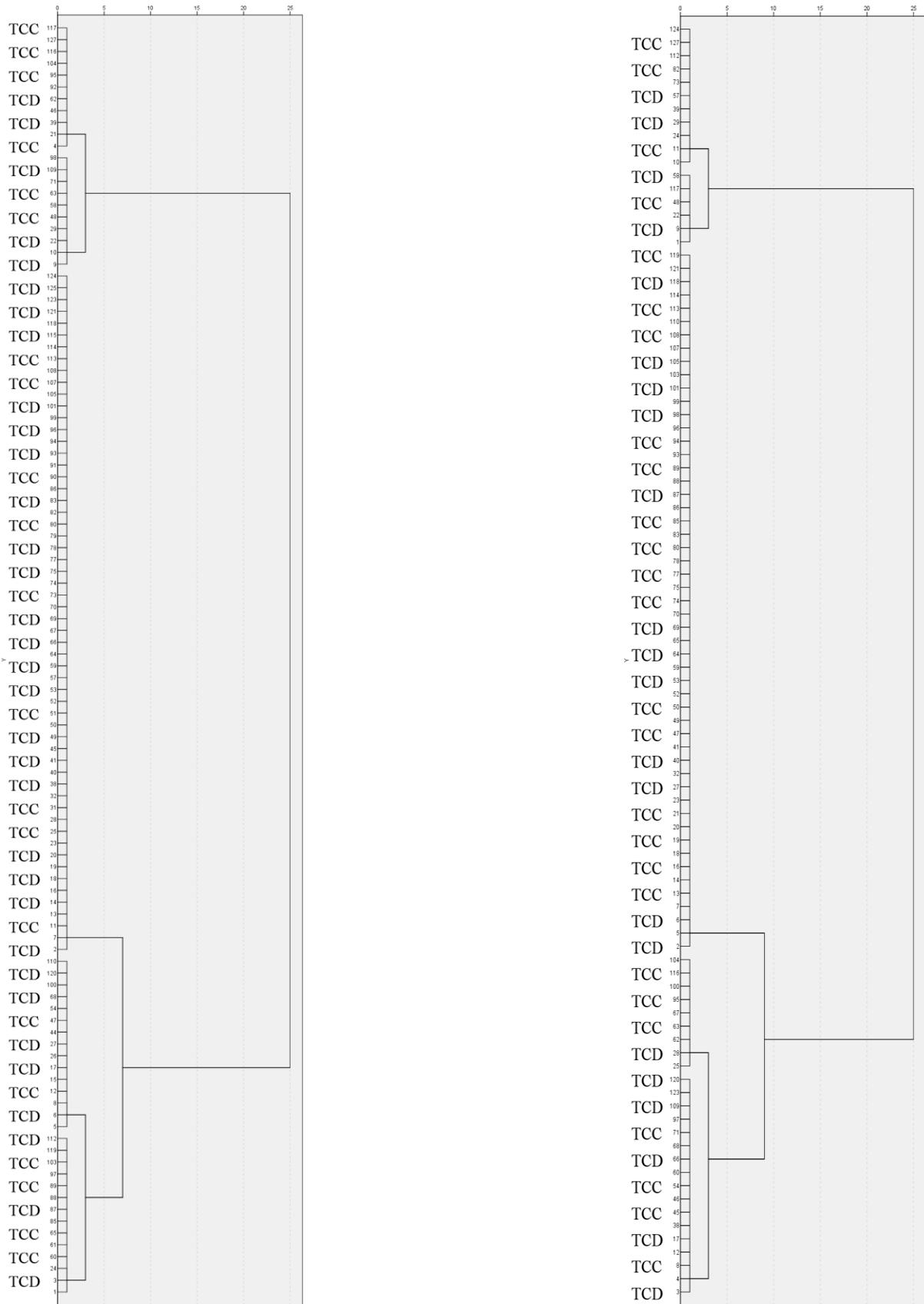


Figura 88. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 24 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

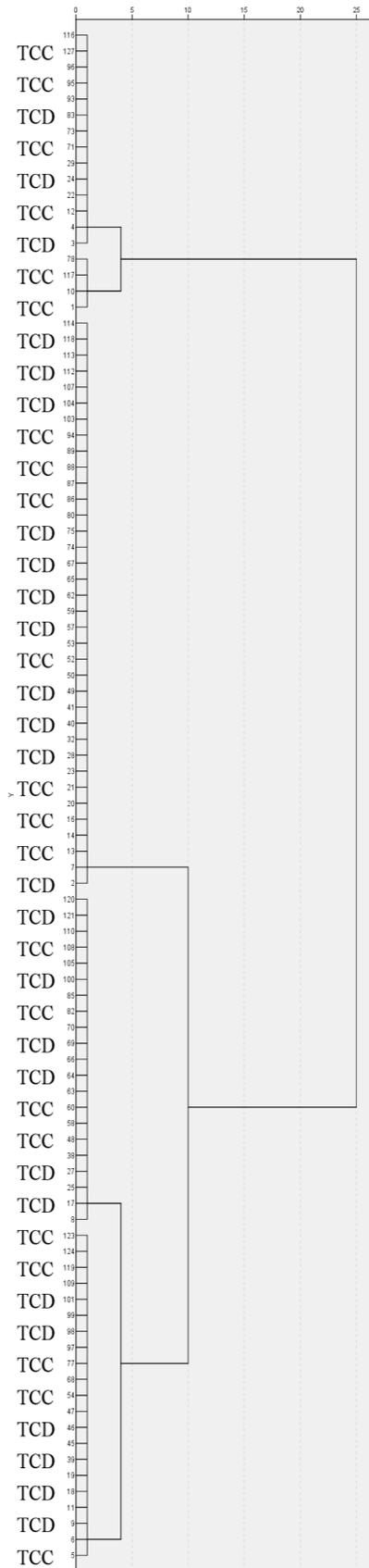
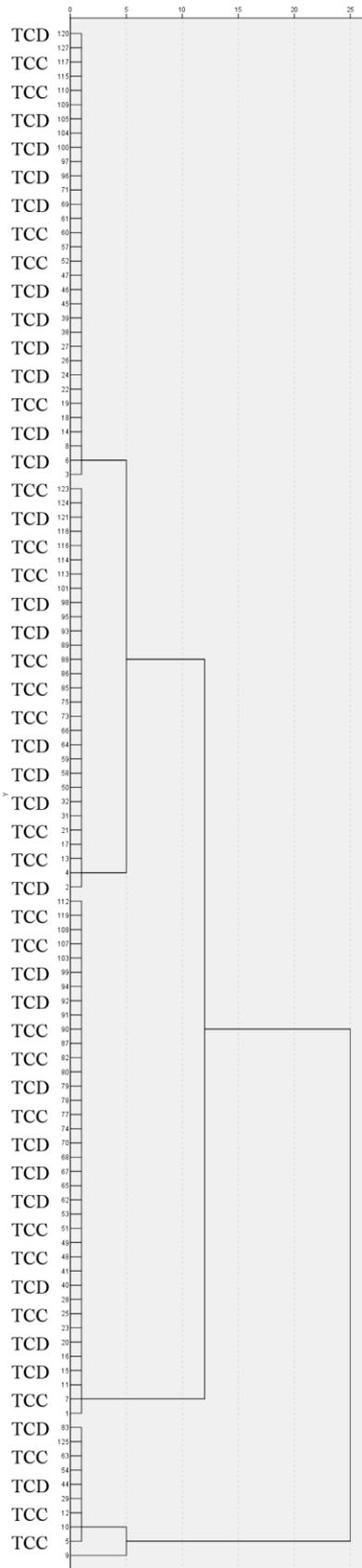


Figura 89. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 25 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

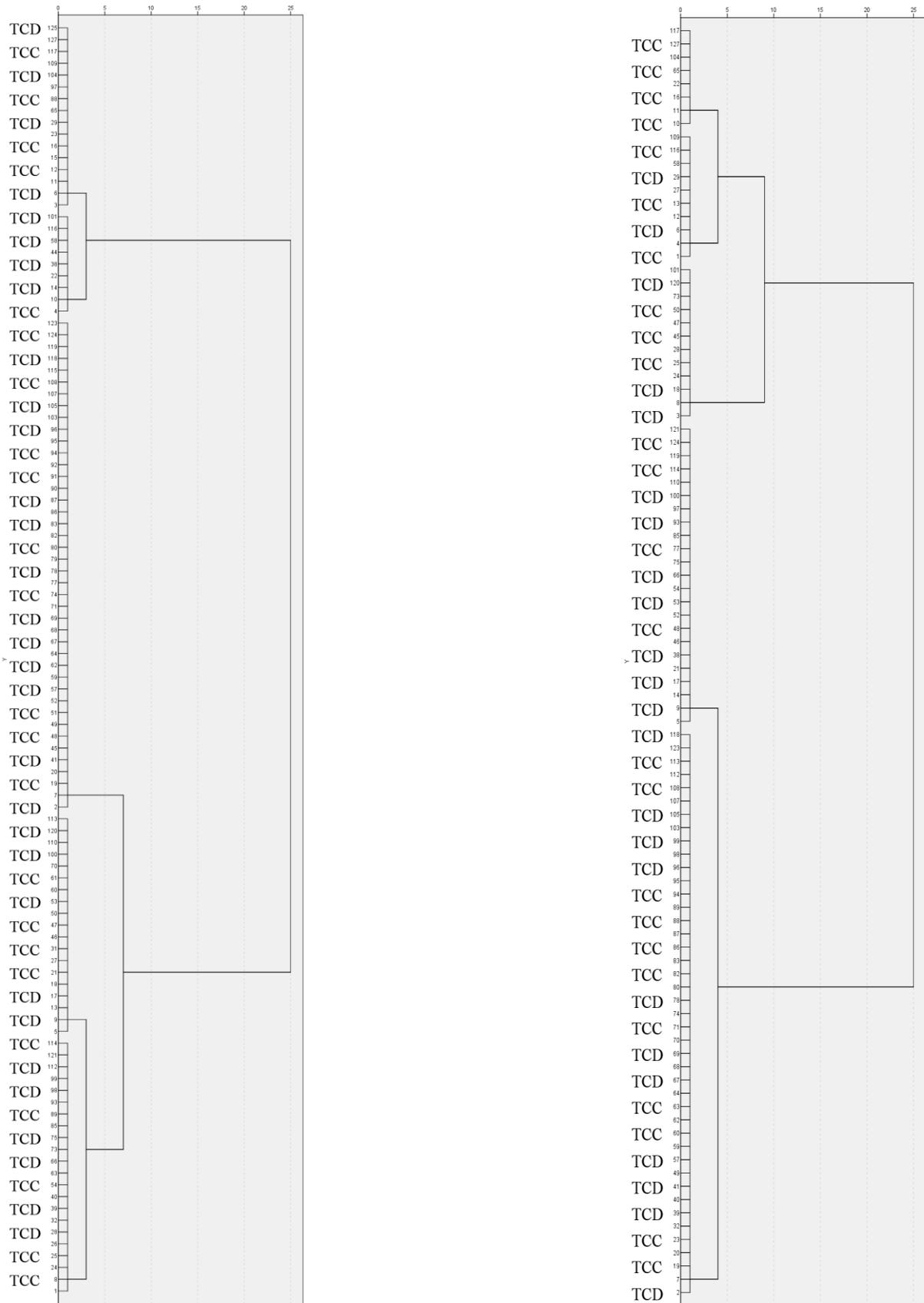


Figura 90. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 26 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

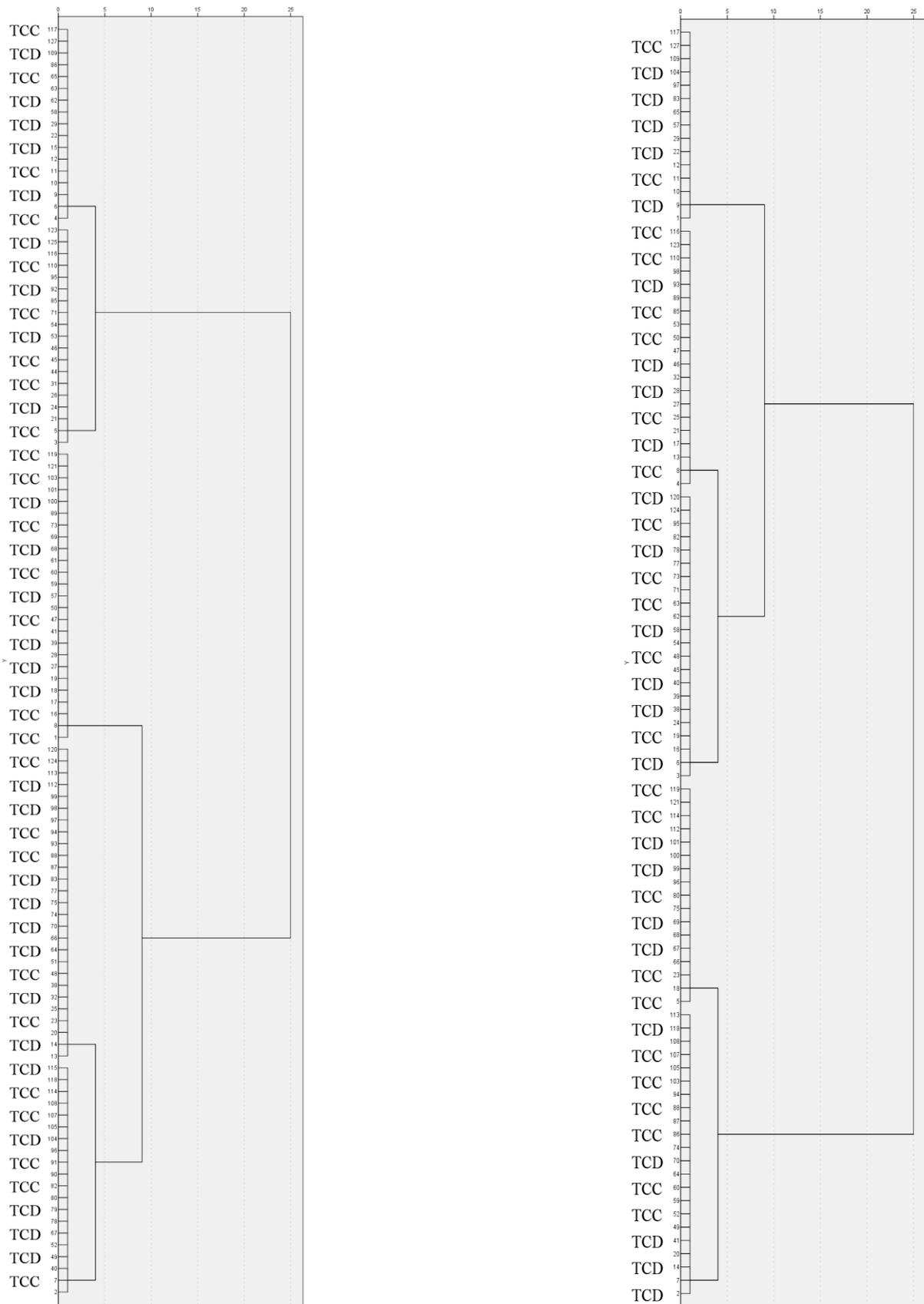


Figura 91. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 27 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

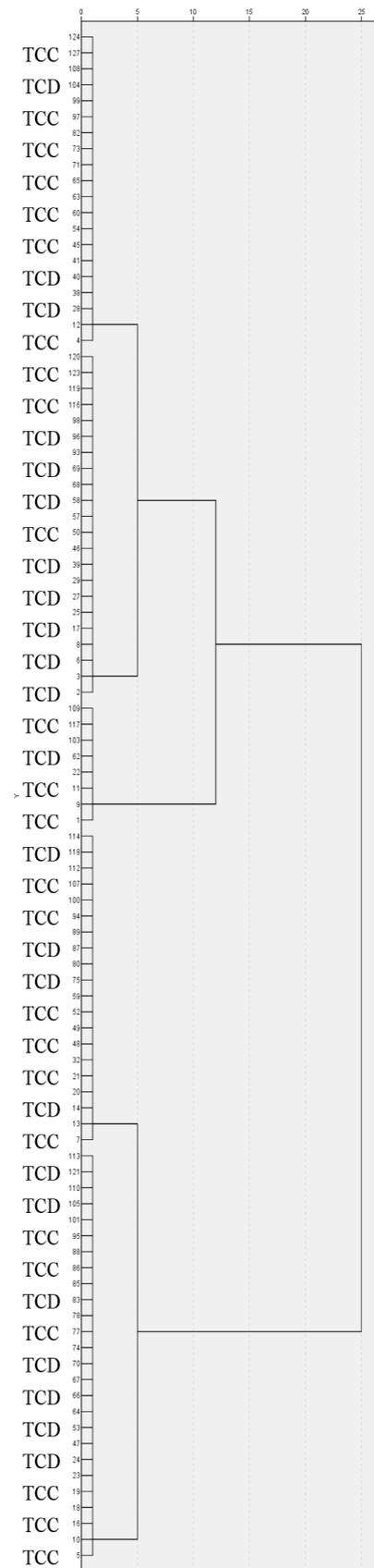
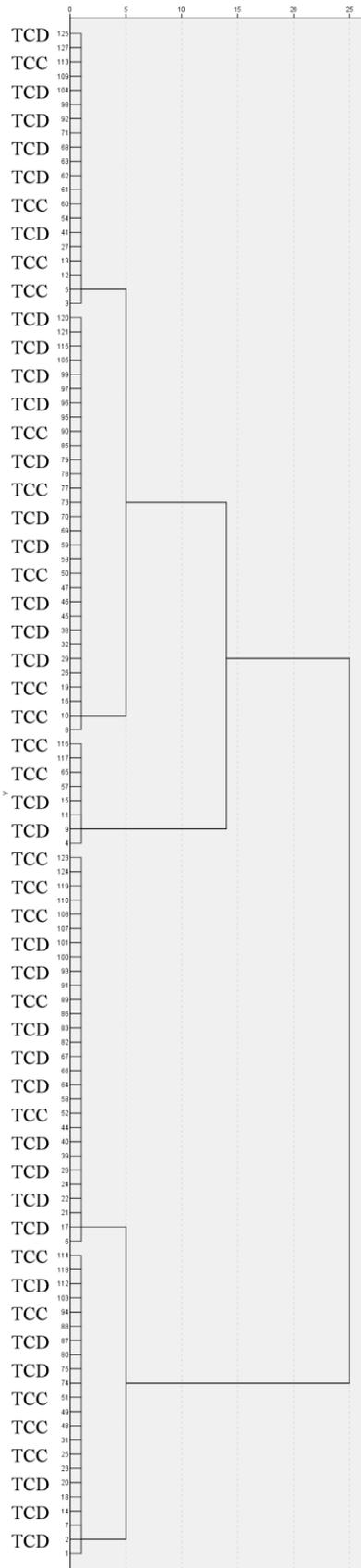


Figura 92. Dendrogramas resultantes del análisis de clúster de los participantes en el ítem 28 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

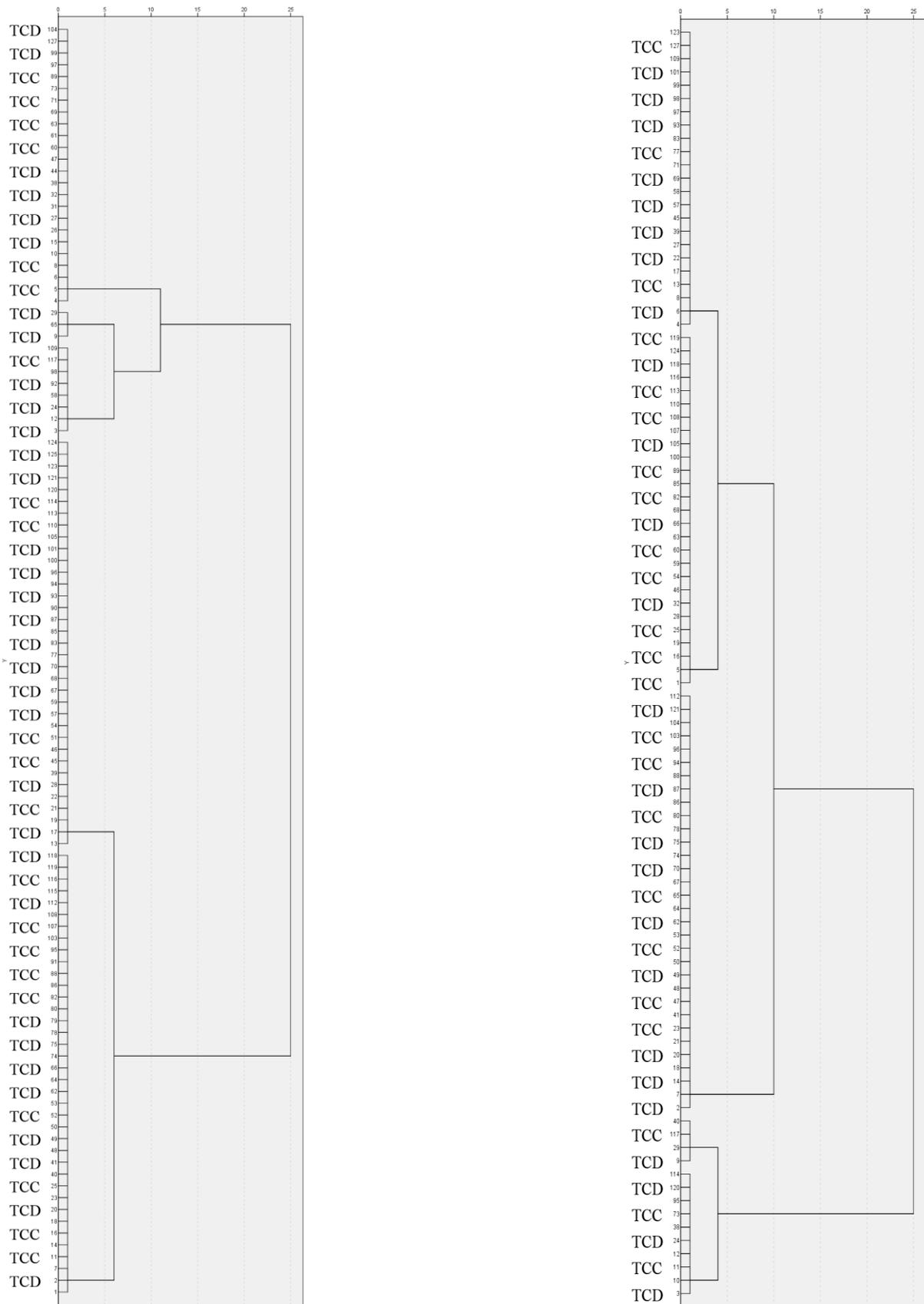


Figura 93. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 29 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

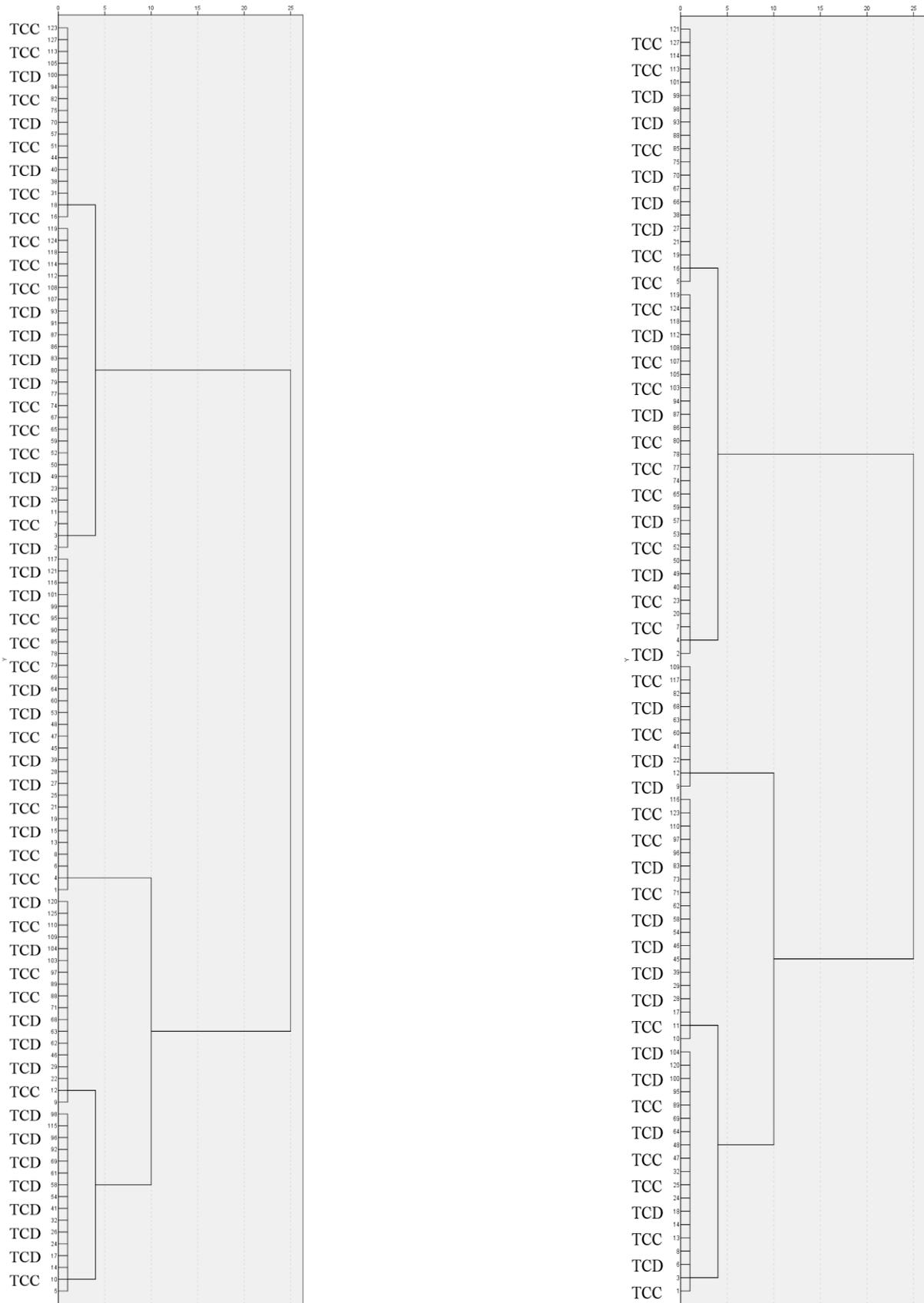


Figura 94. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 30 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

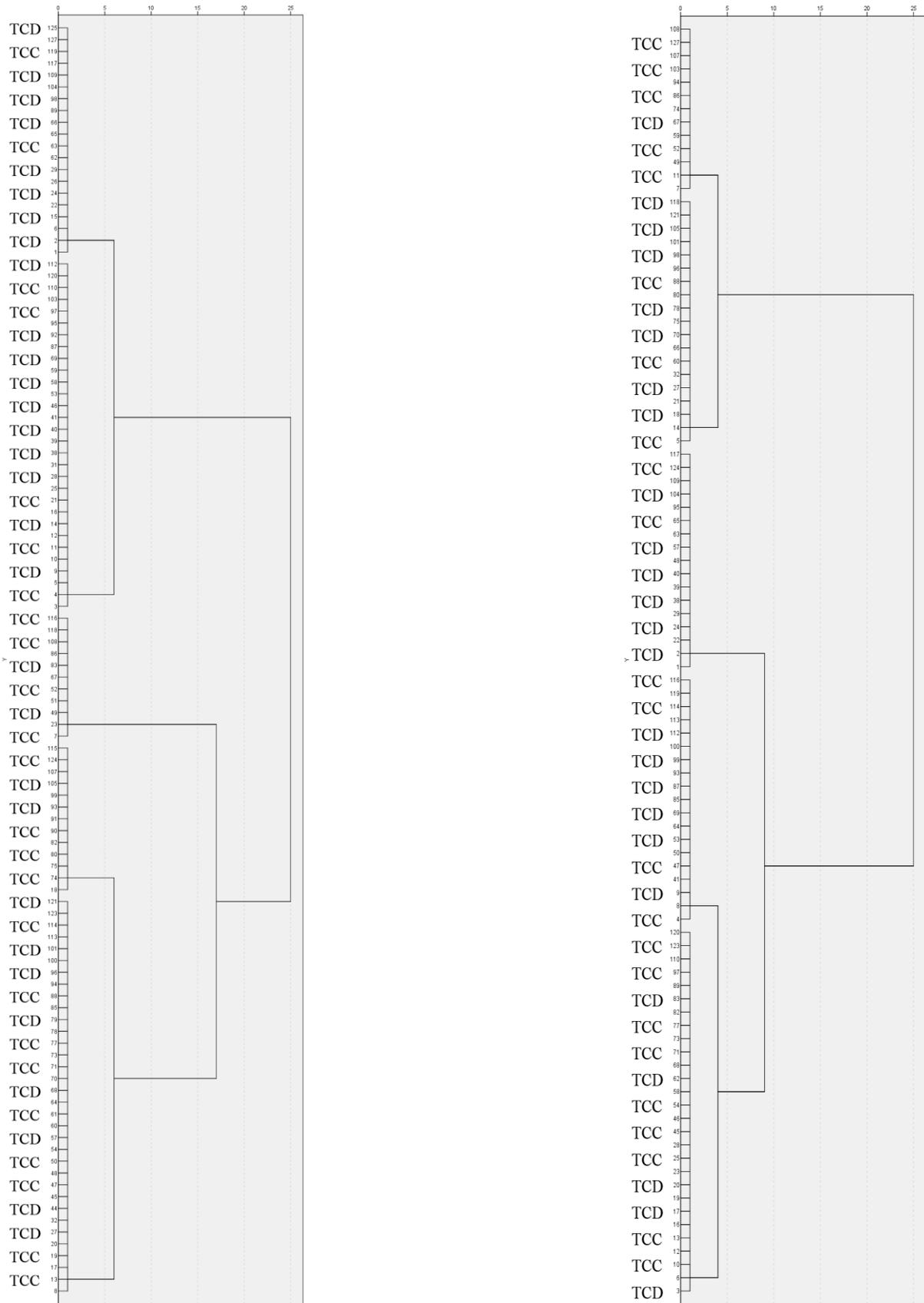


Figura 95. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 31 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

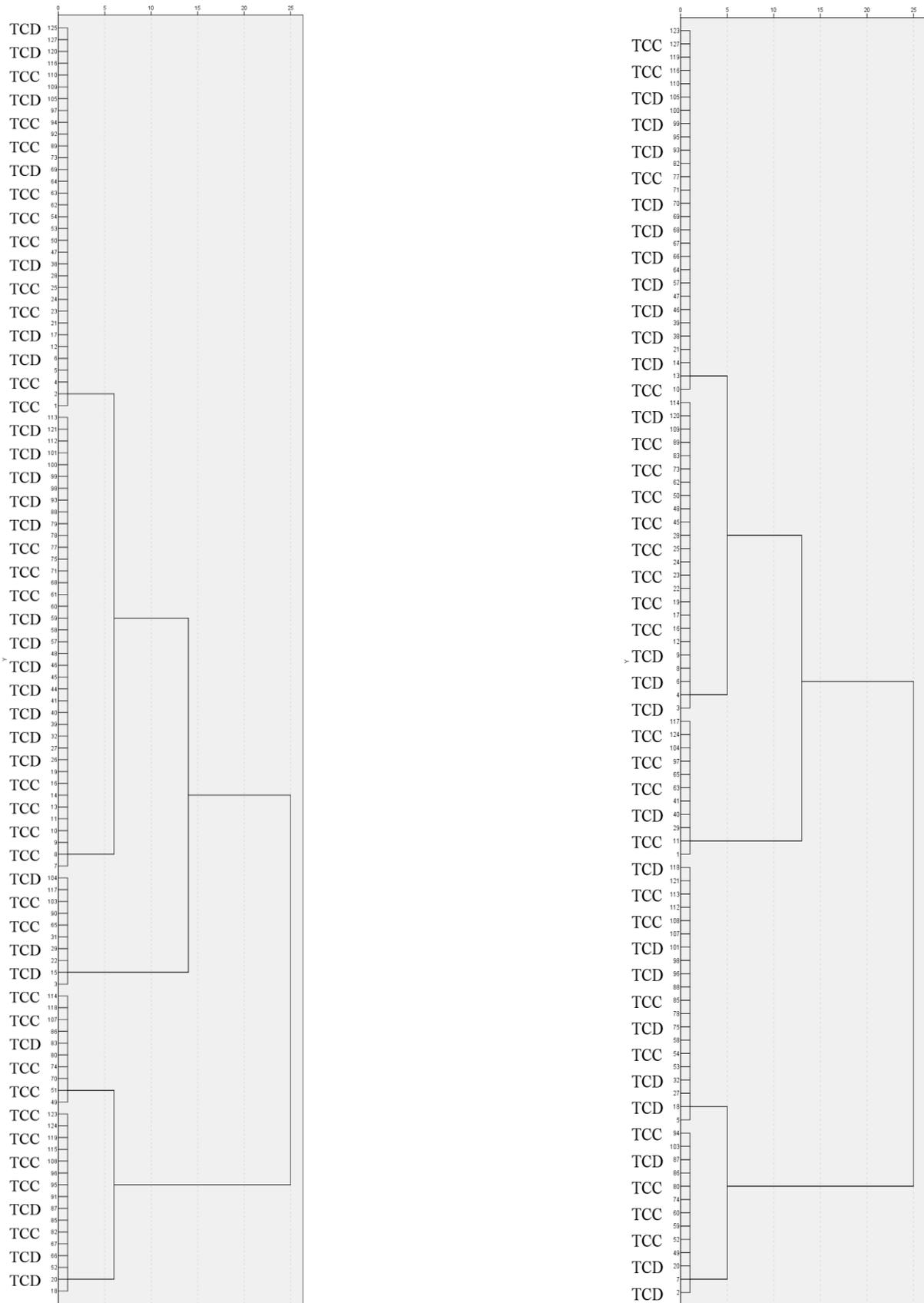


Figura 96. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 32 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

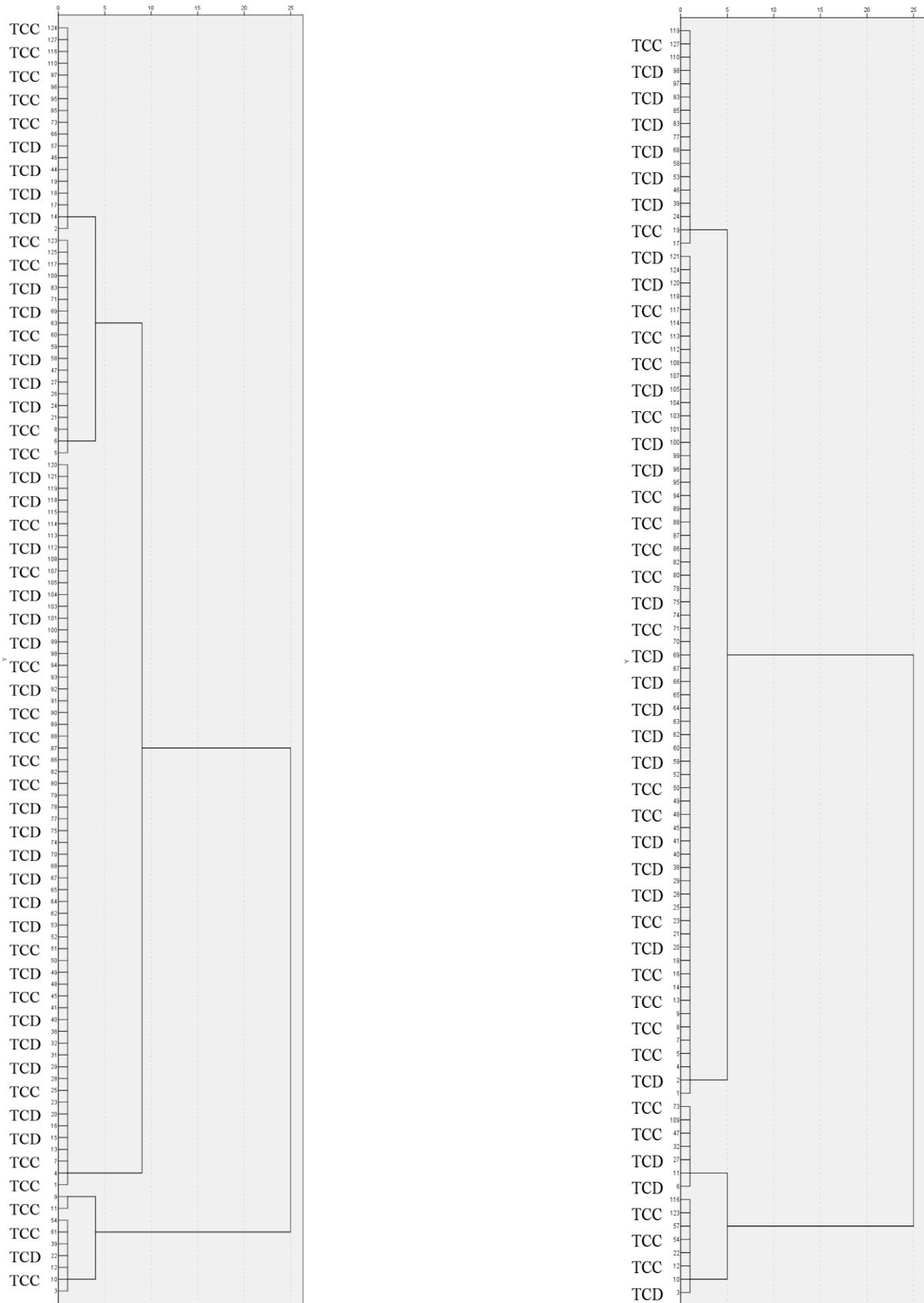


Figura 97. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 33 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

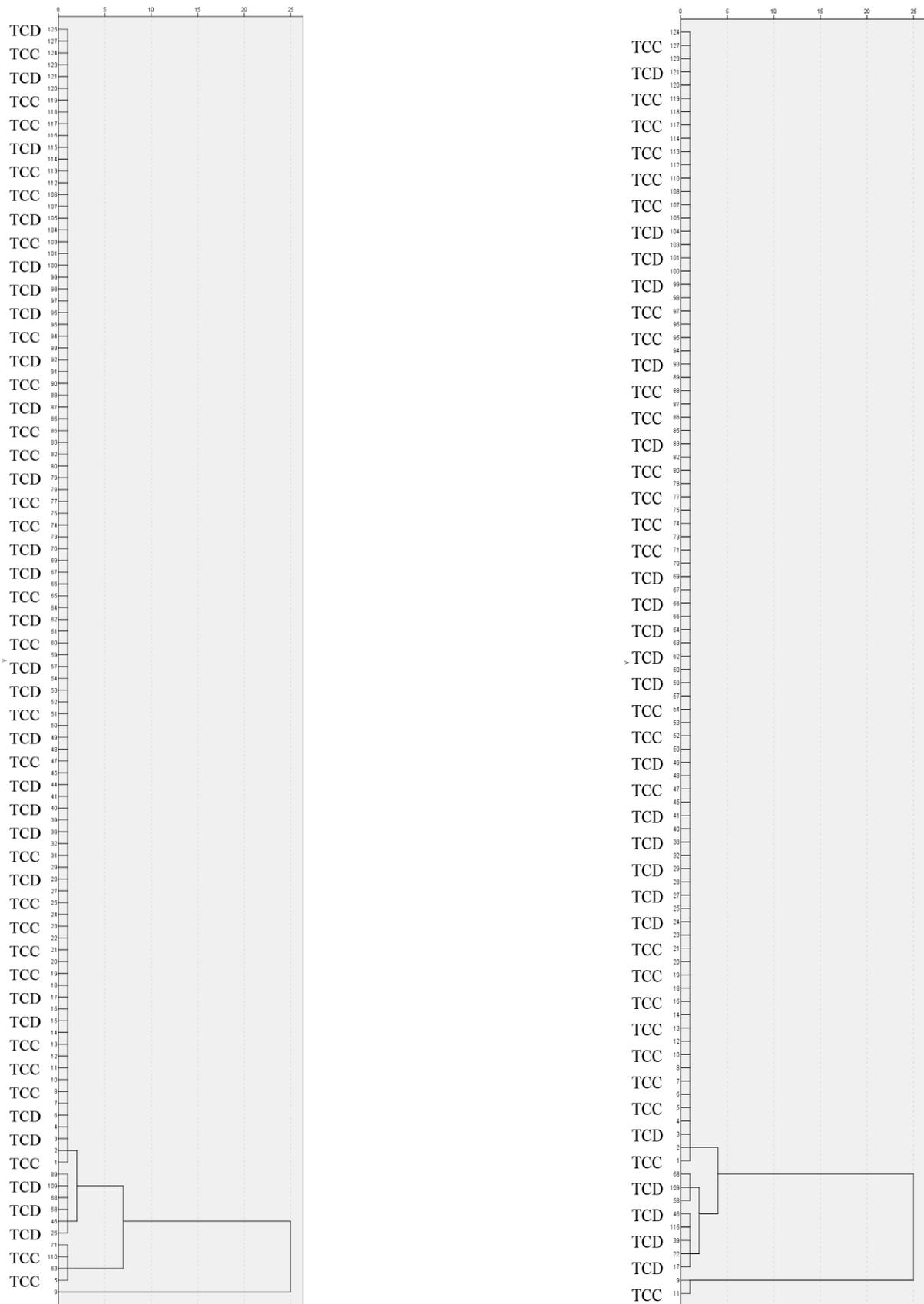


Figura 98. Dendrogramas resultantes del análisis de clústers de los participantes en el ítem 34 del CORE-OM durante la medición post-tratamiento (izquierda) y seguimiento (derecha)

Anexo 8 Gráficas comparativas de las medias de los ítems del CORE-OM

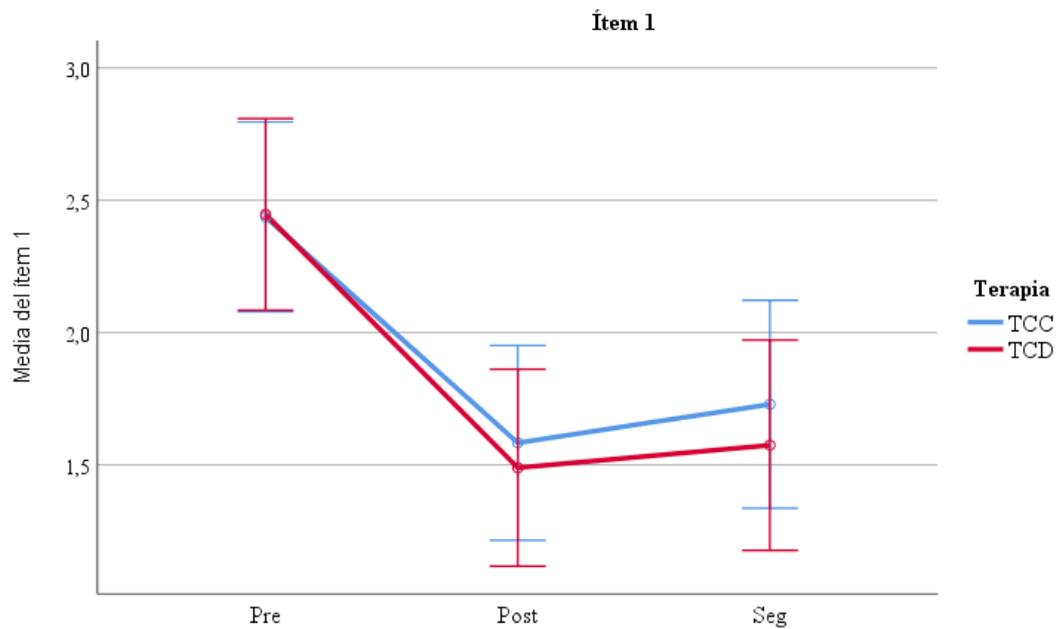


Figura 99. Comparación de medias del ítem 1 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

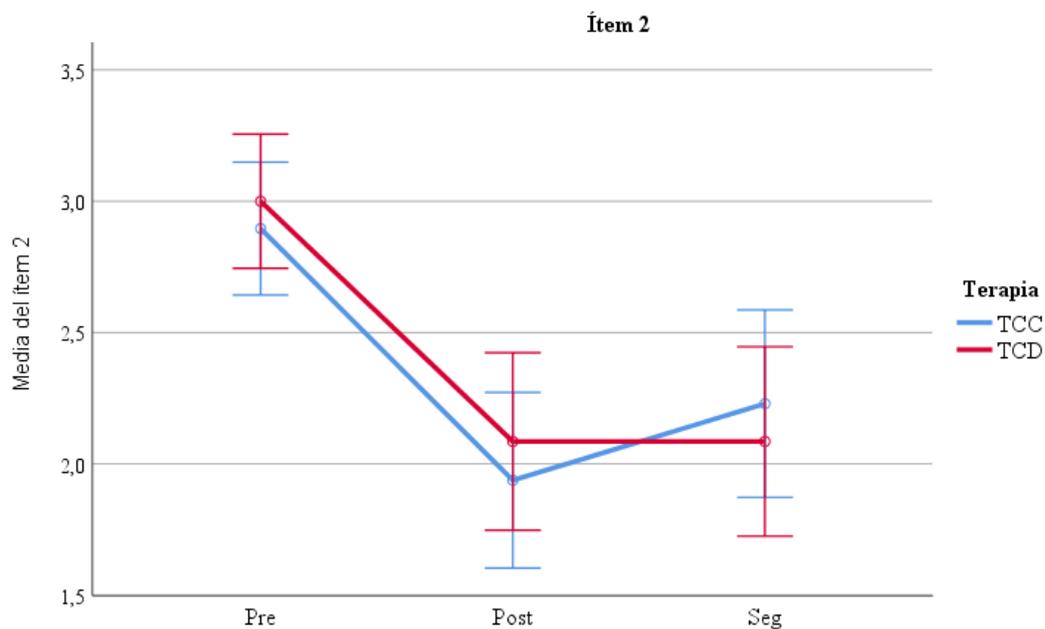


Figura 100. Comparación de medias del ítem 2 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

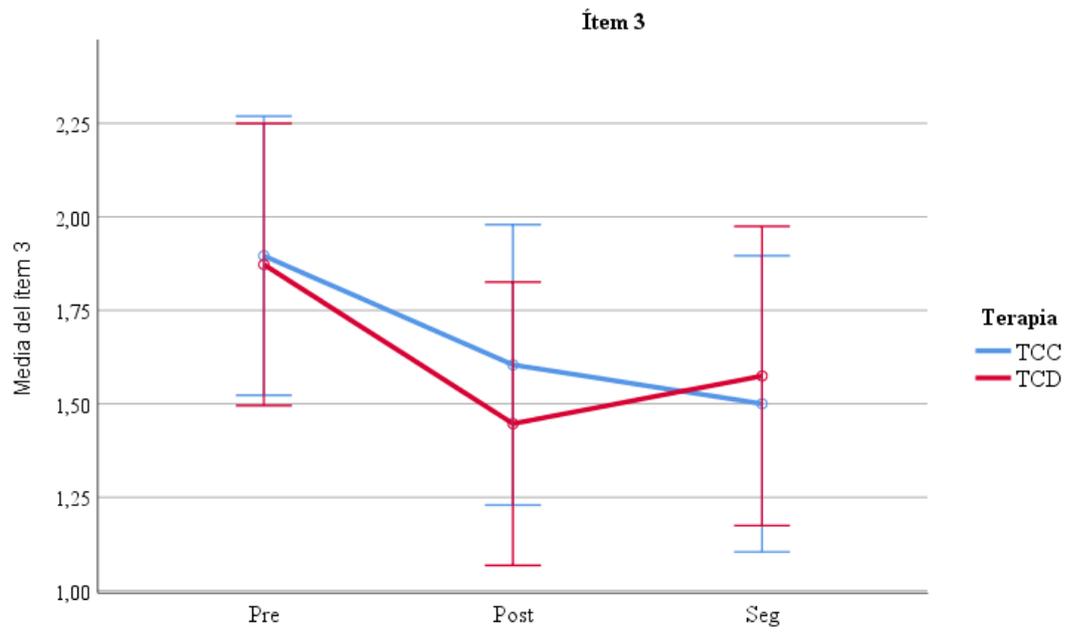


Figura 101. Comparación de medias del ítem 3 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

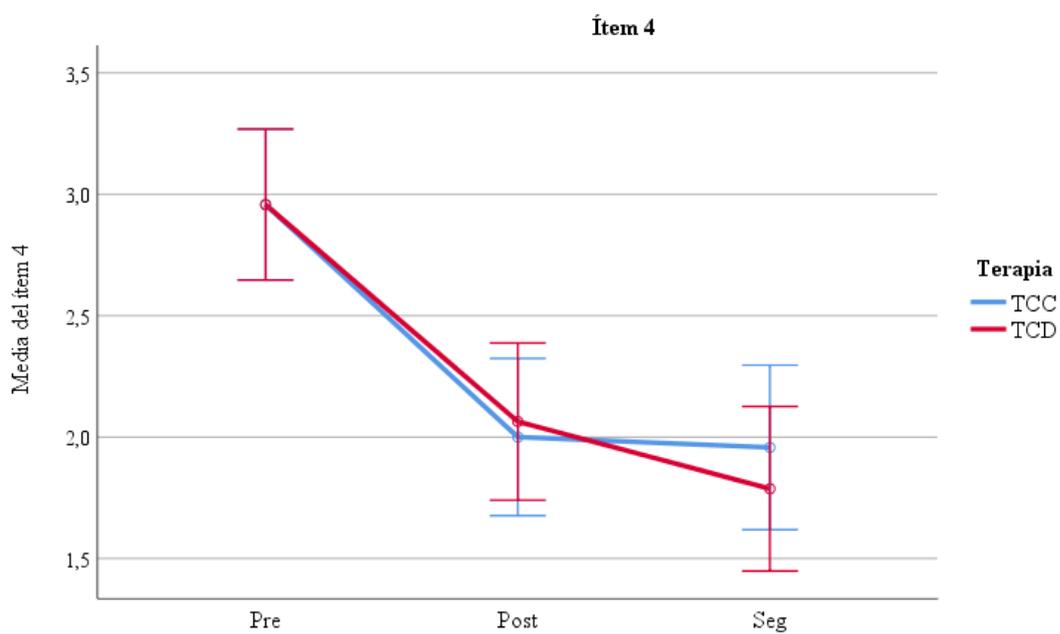


Figura 102. Comparación de medias del ítem 4 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

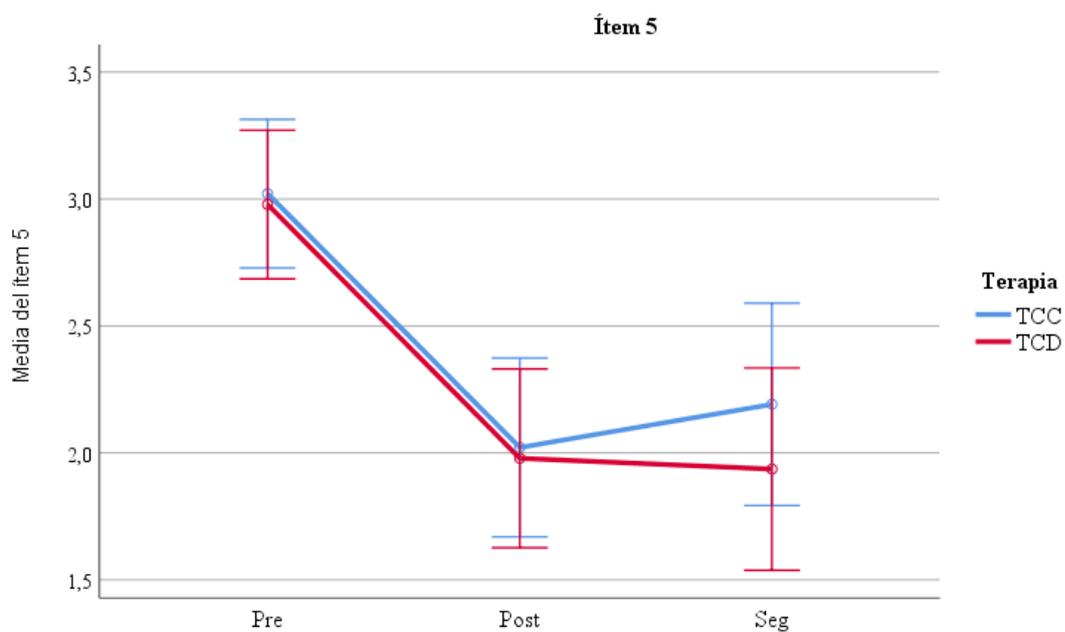


Figura 103. Comparación de medias del ítem 5 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

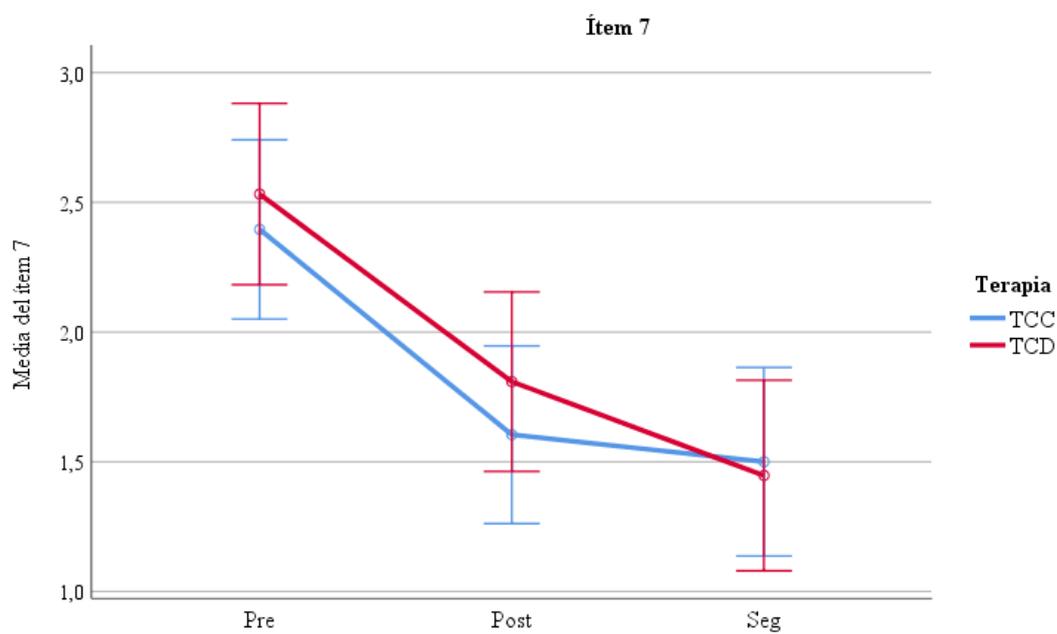


Figura 104. Comparación de medias del ítem 7 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

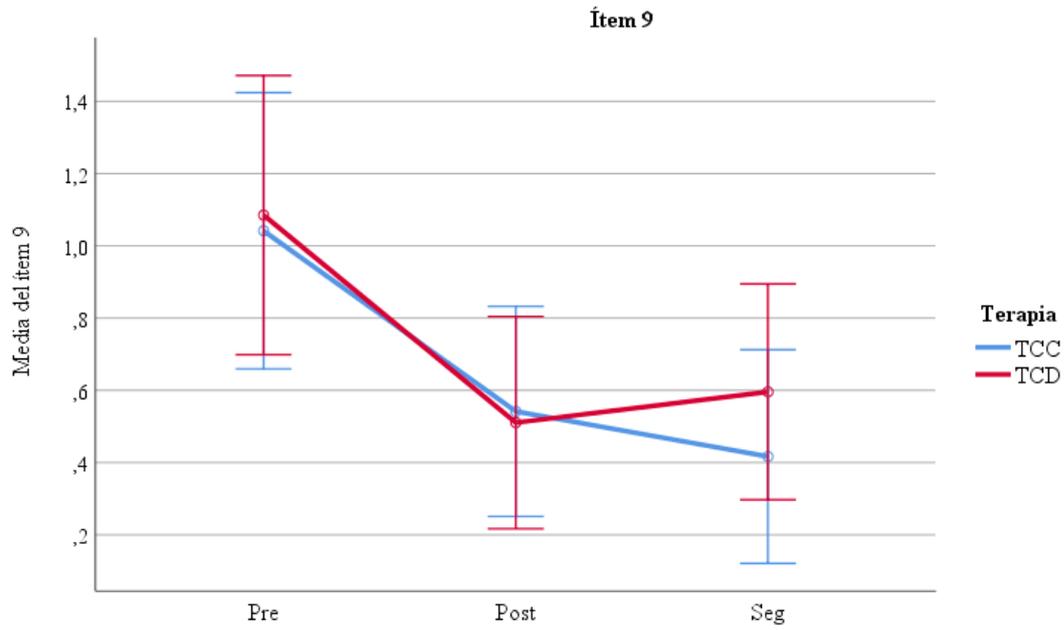


Figura 105. Comparación de medias del ítem 9 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

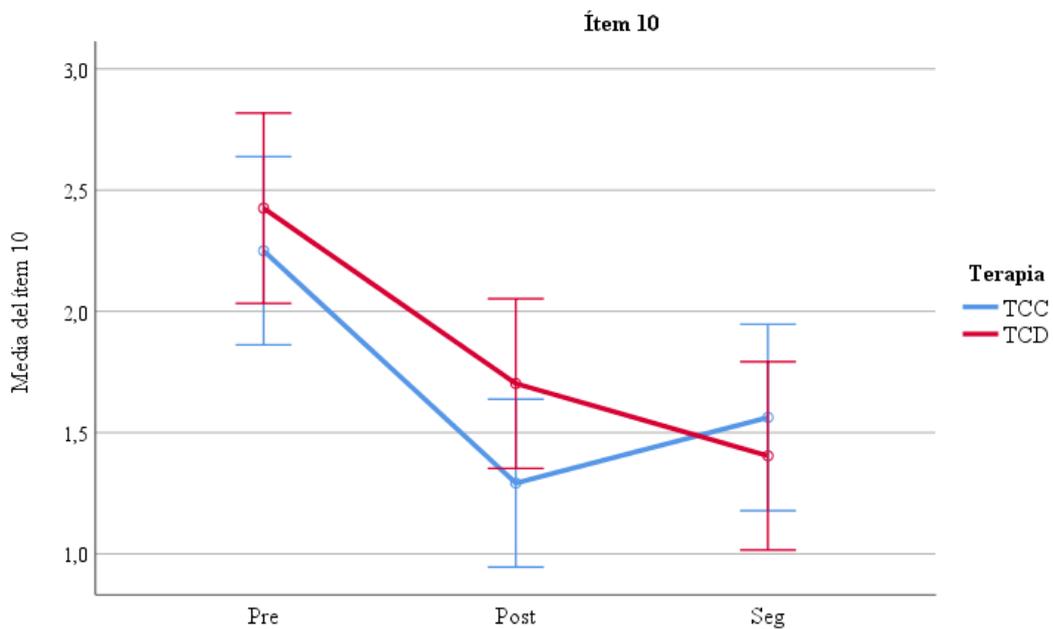


Figura 106. Comparación de medias del ítem 10 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

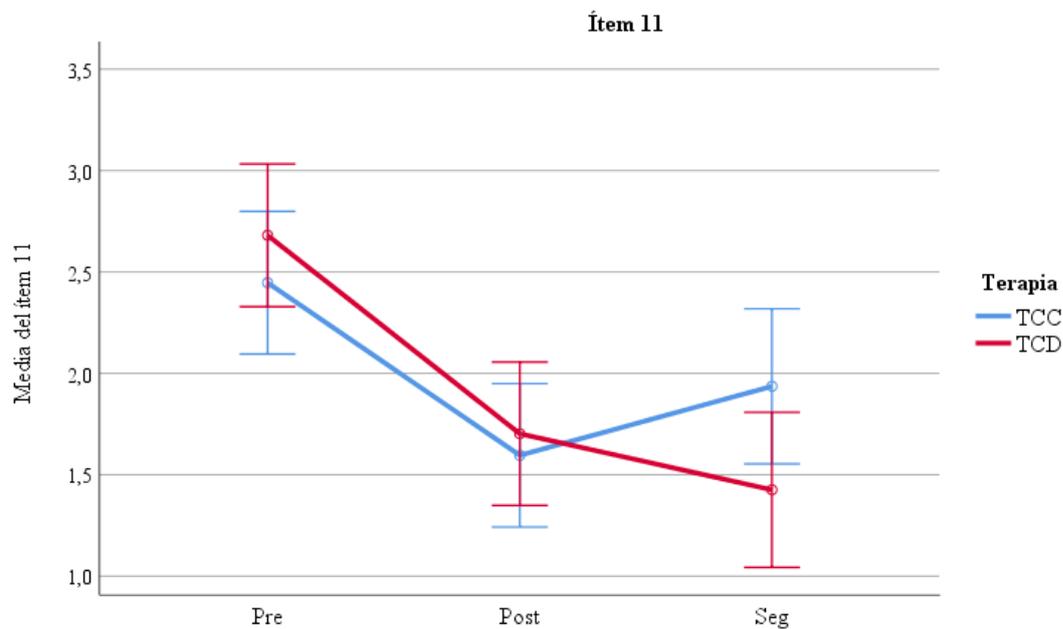


Figura 107. Comparación de medias del ítem 11 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

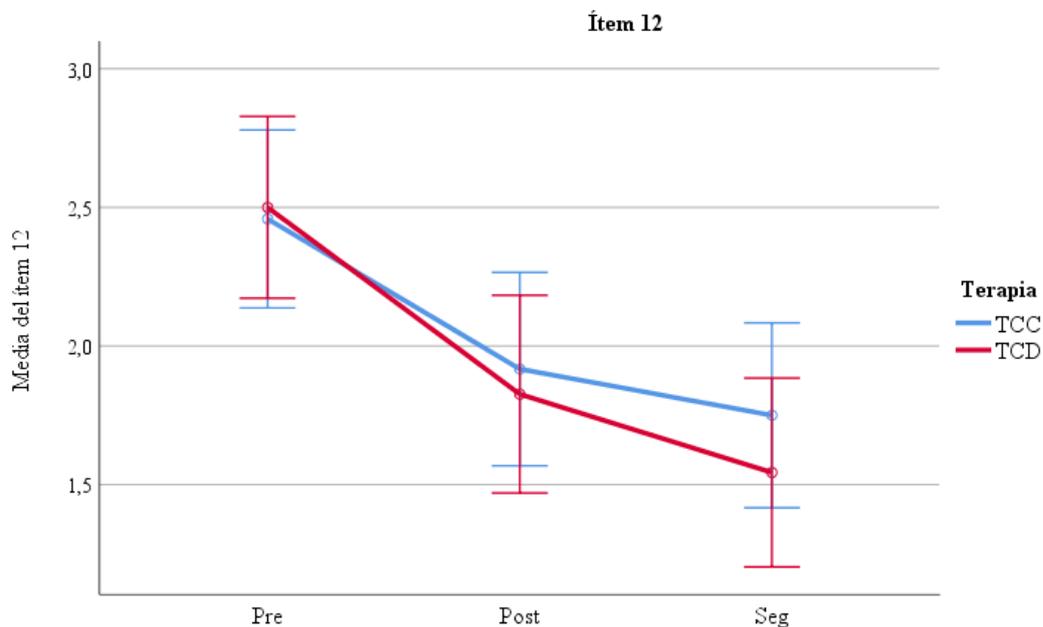


Figura 108. Comparación de medias del ítem 12 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

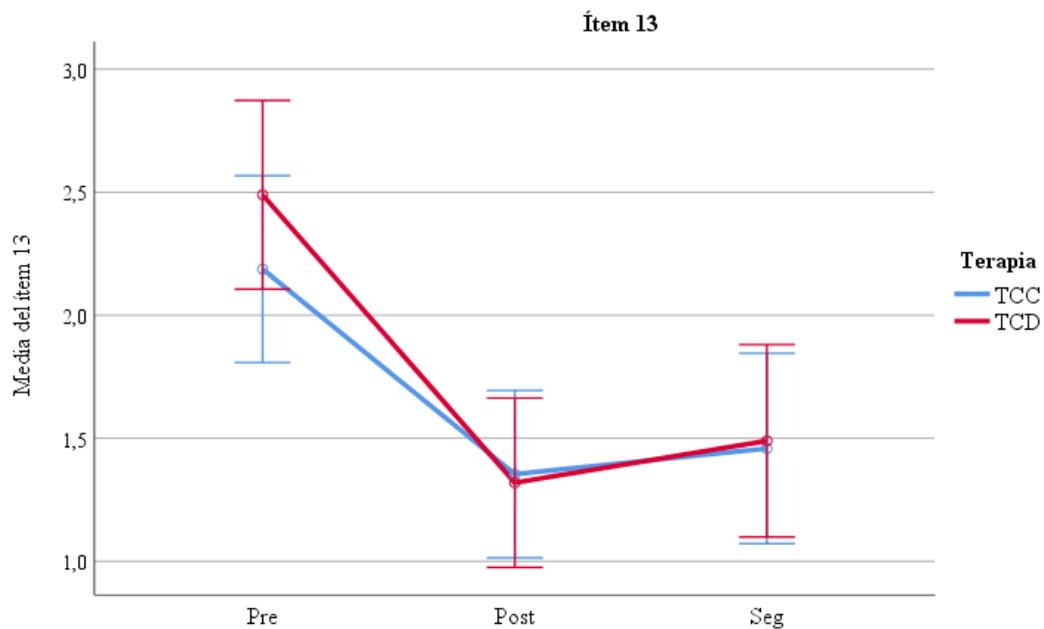


Figura 109. Comparación de medias del ítem 13 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

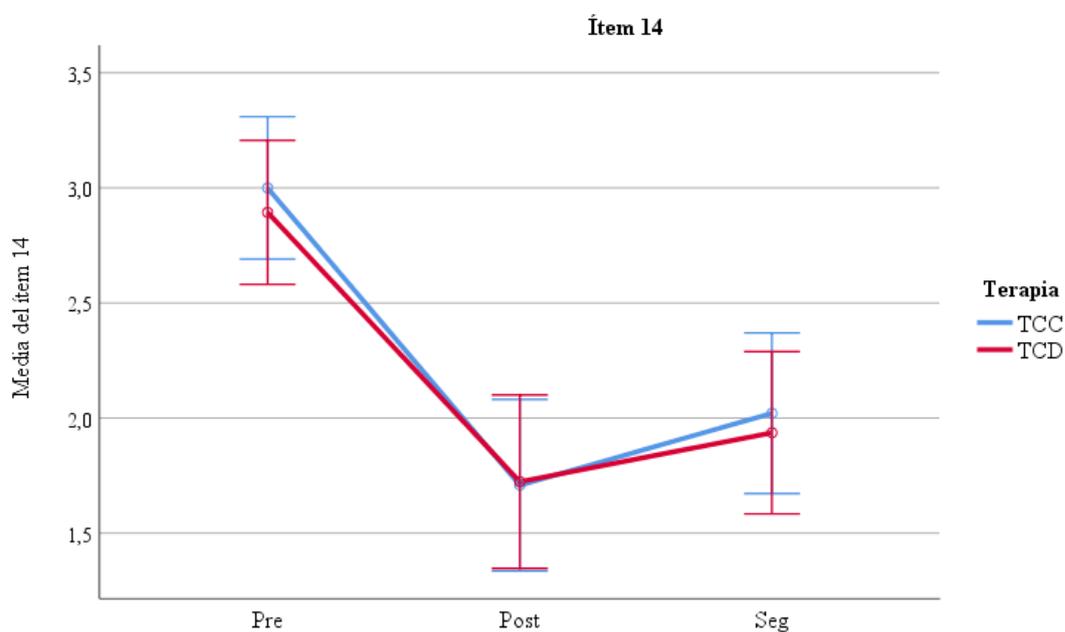


Figura 110. Comparación de medias del ítem 14 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

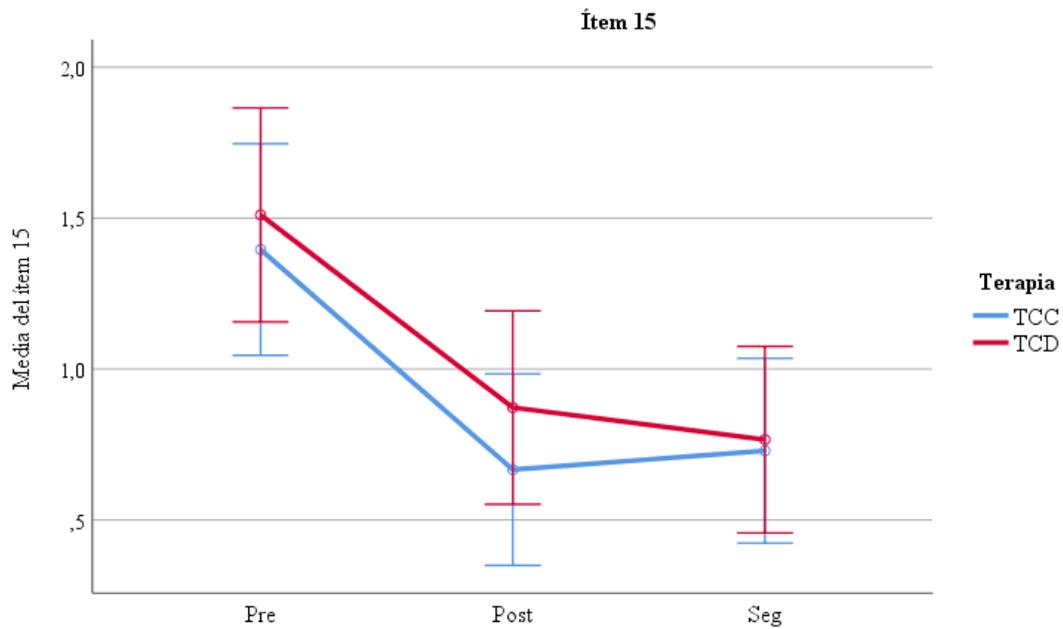


Figura 111. Comparación de medias del ítem 15 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

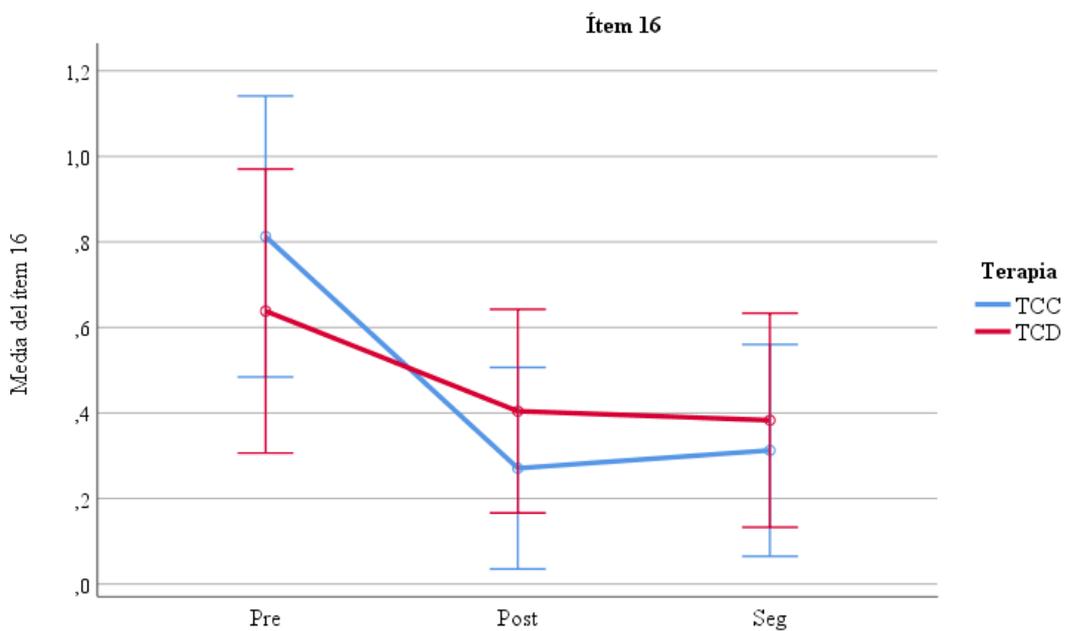


Figura 112. Comparación de medias del ítem 16 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

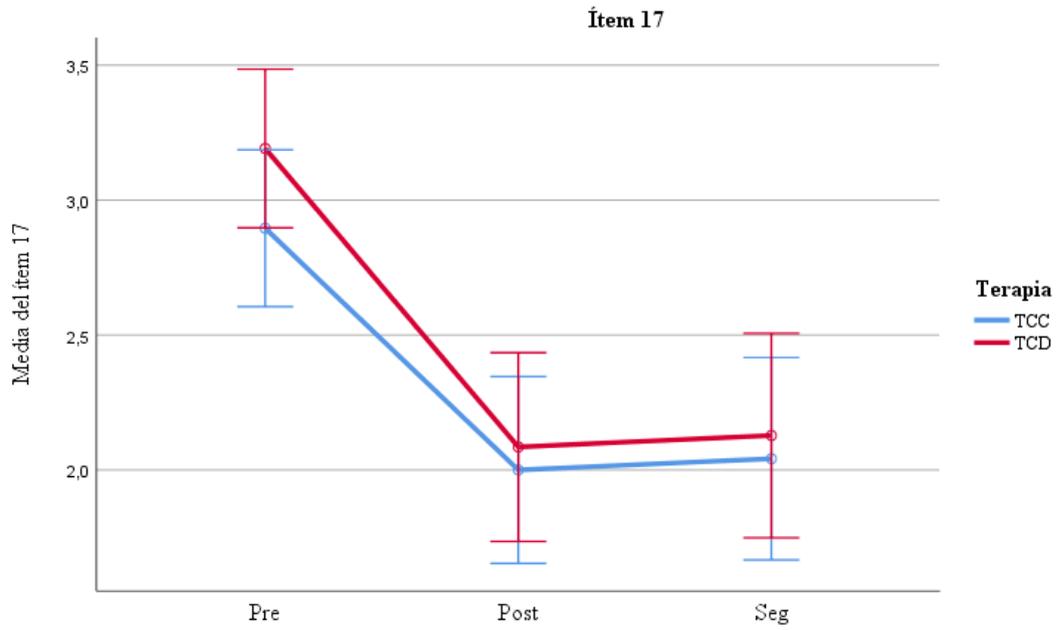


Figura 113. Comparación de medias del ítem 17 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

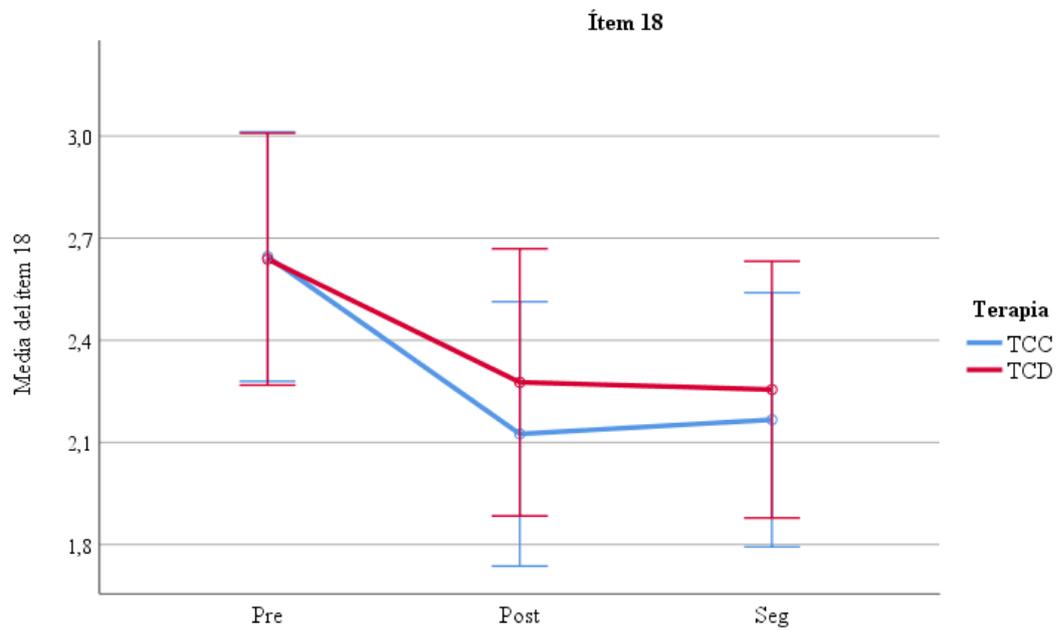


Figura 114. Comparación de medias del ítem 18 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

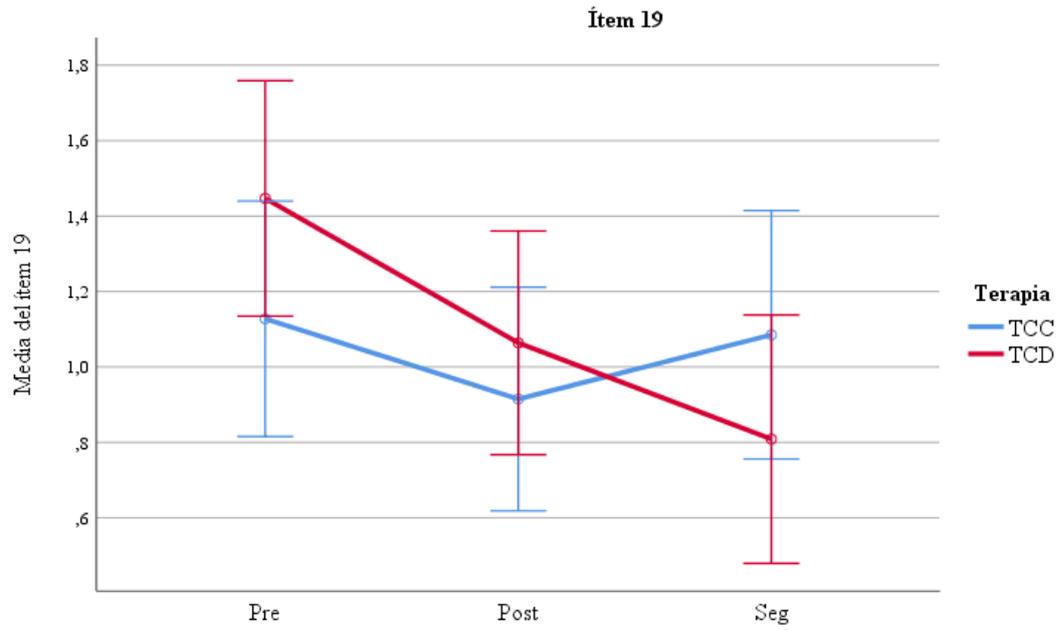


Figura 115. Comparación de medias del ítem 19 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

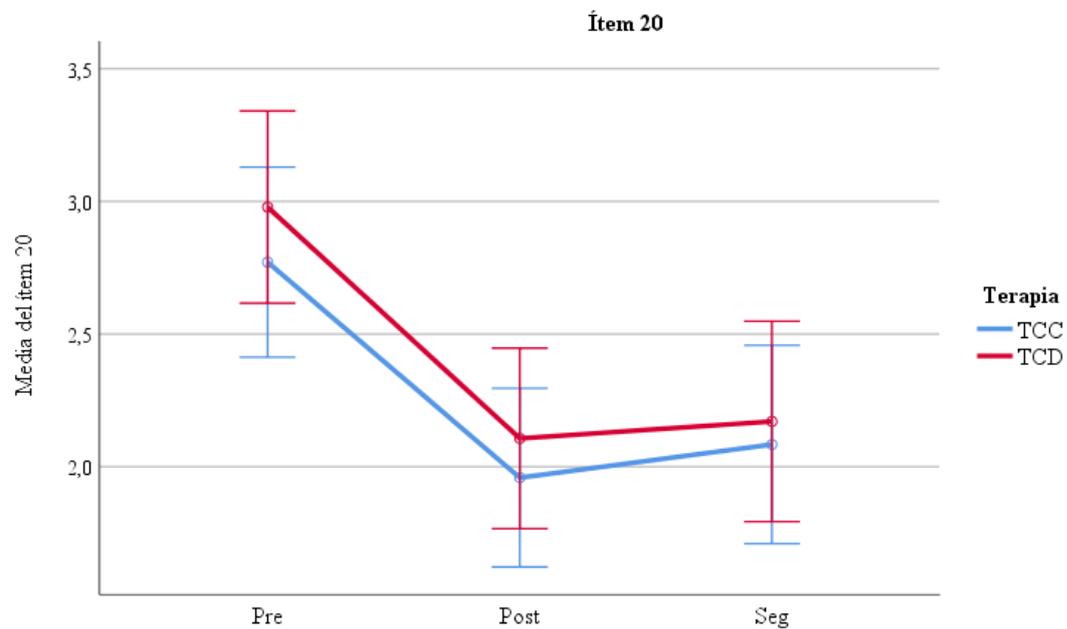


Figura 116. Comparación de medias del ítem 20 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

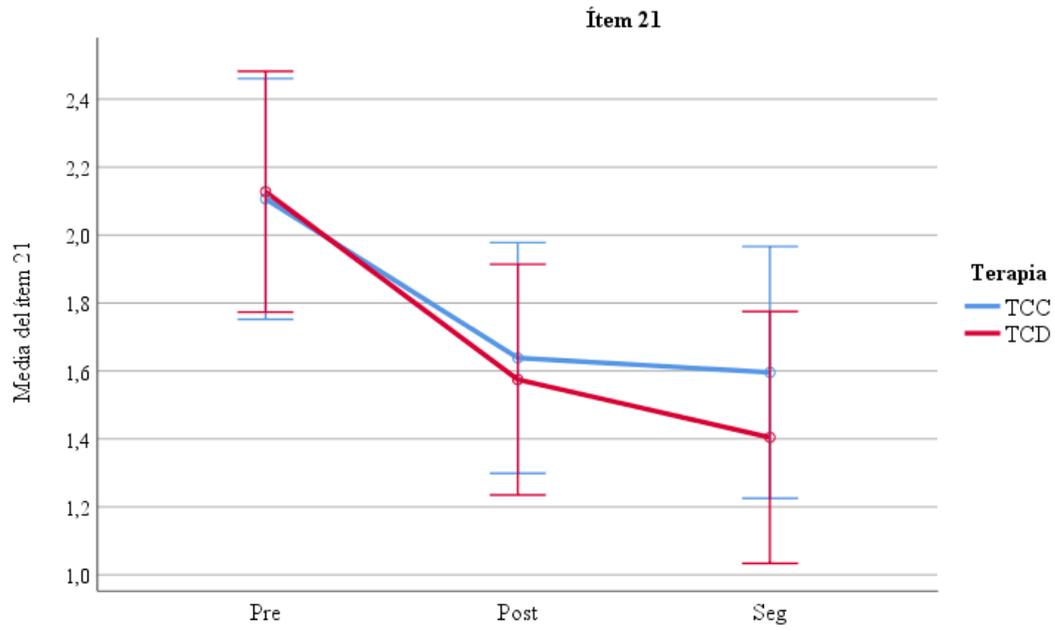


Figura 117. Comparación de medias del ítem 21 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

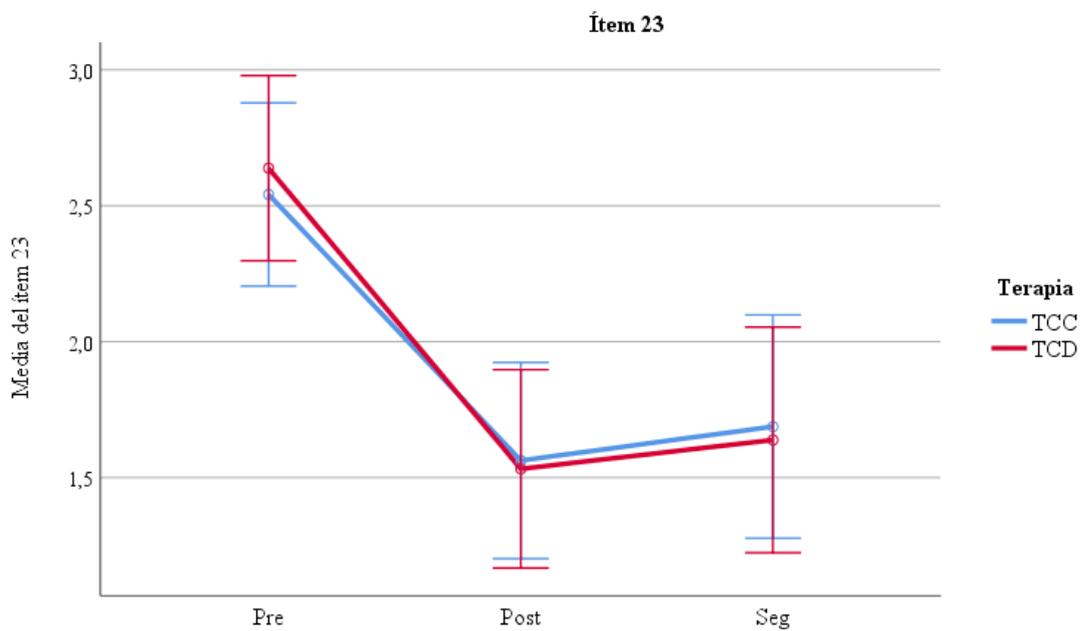


Figura 118. Comparación de medias del ítem 23 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

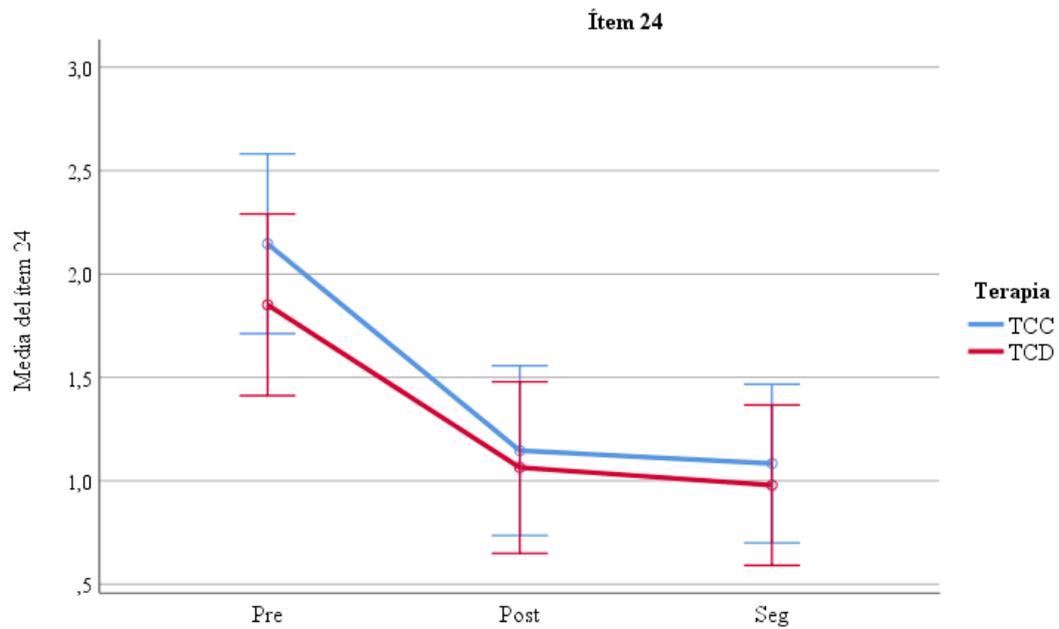


Figura 119. Comparación de medias del ítem 24 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

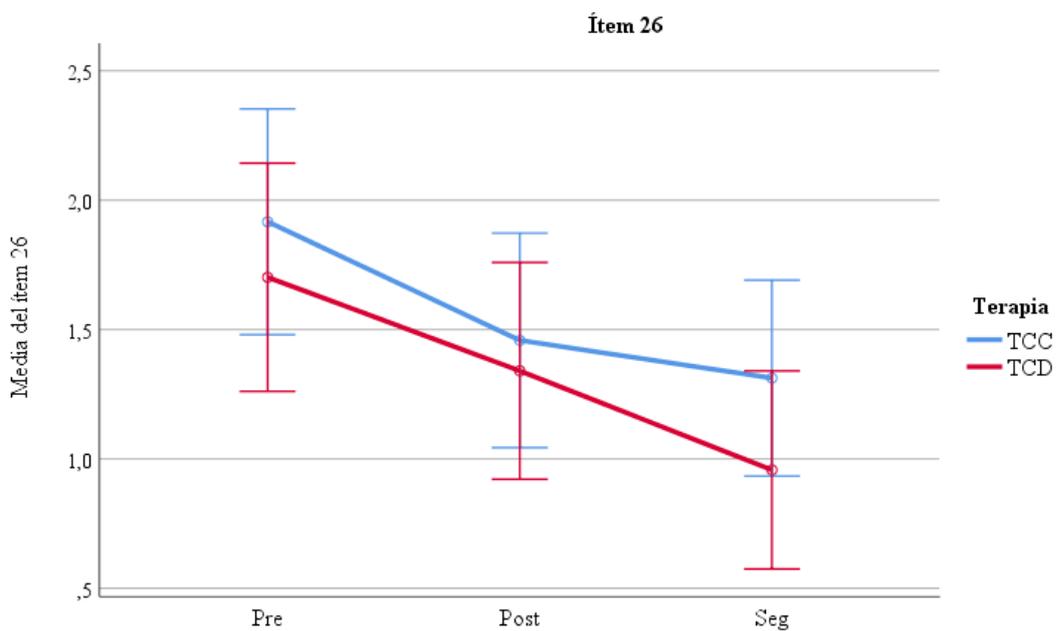


Figura 120. Comparación de medias del ítem 26 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

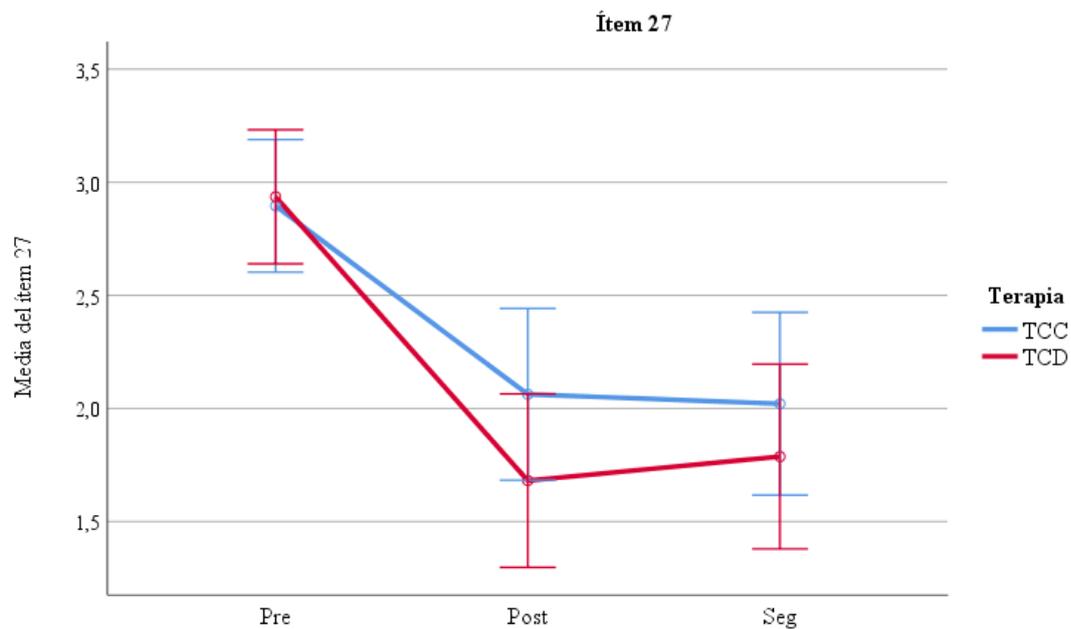


Figura 121. Comparación de medias del ítem 27 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

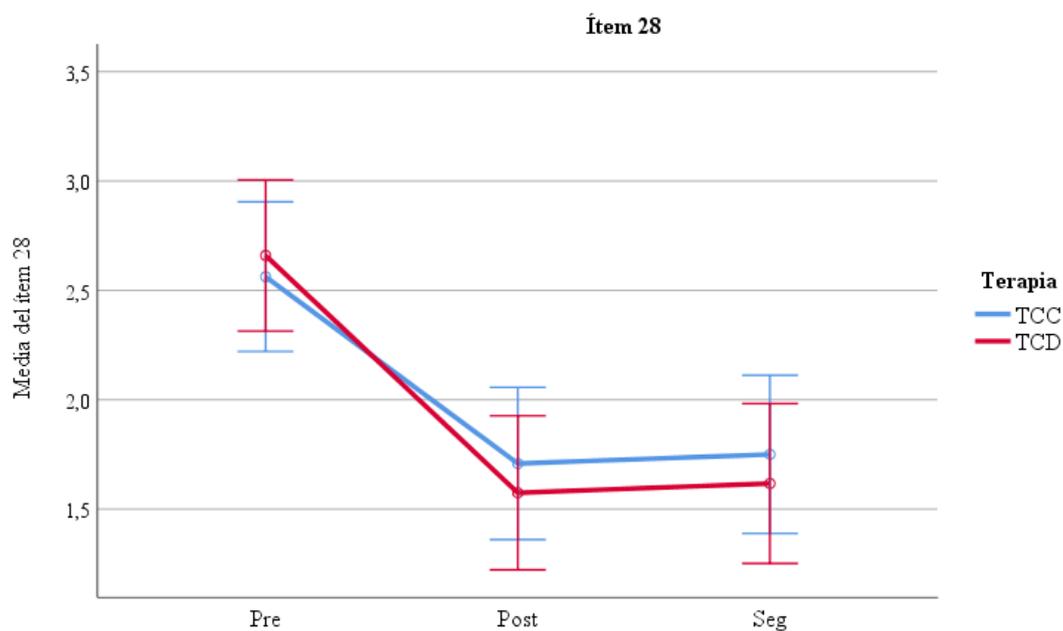


Figura 122. Comparación de medias del ítem 28 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

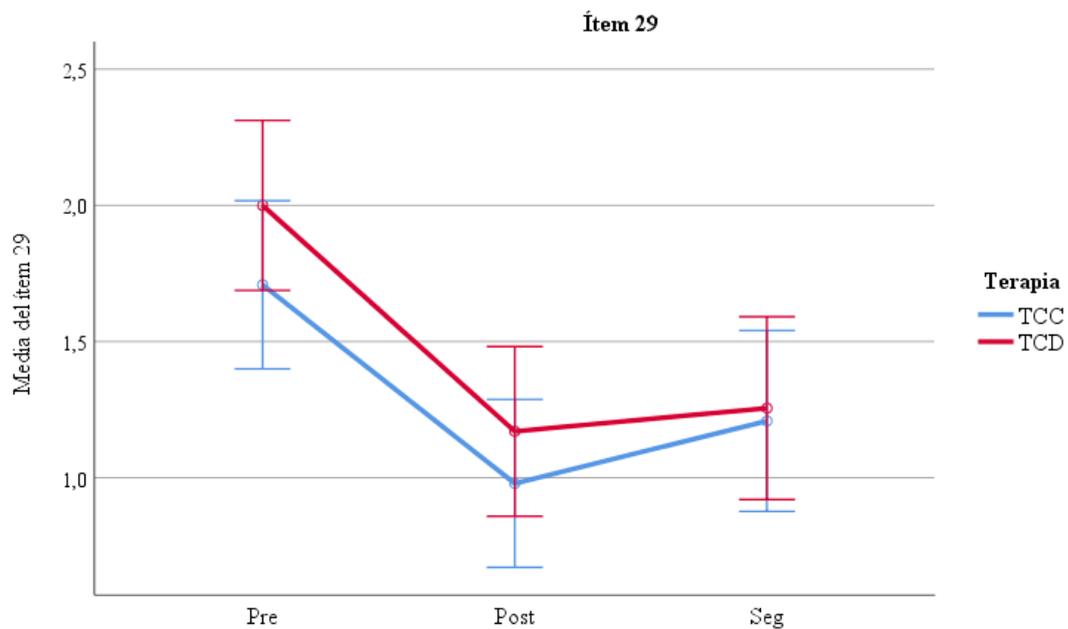


Figura 123. Comparación de medias del ítem 29 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

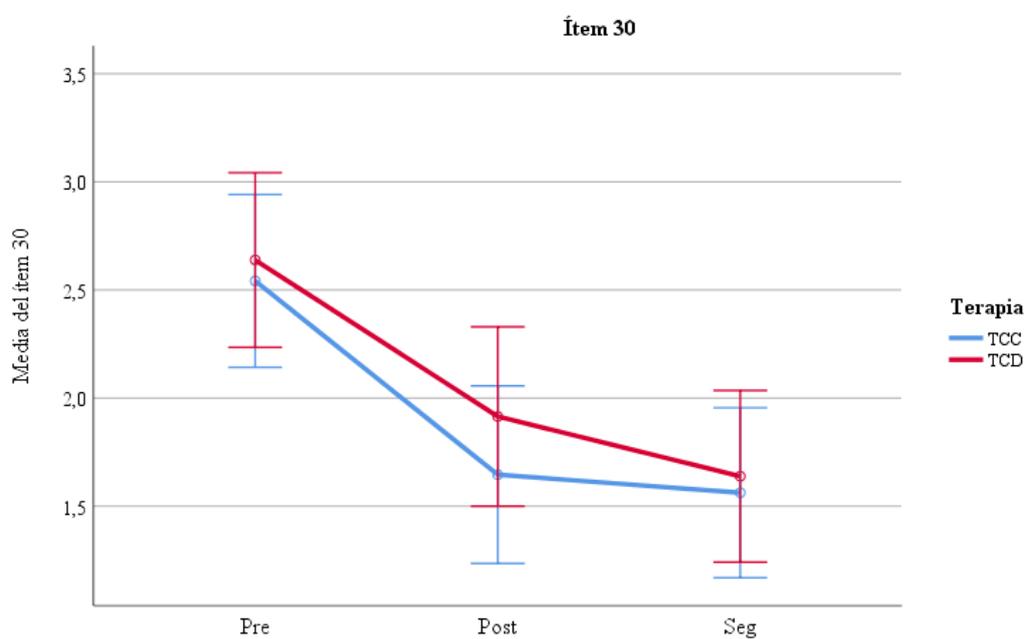


Figura 124. Comparación de medias del ítem 30 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

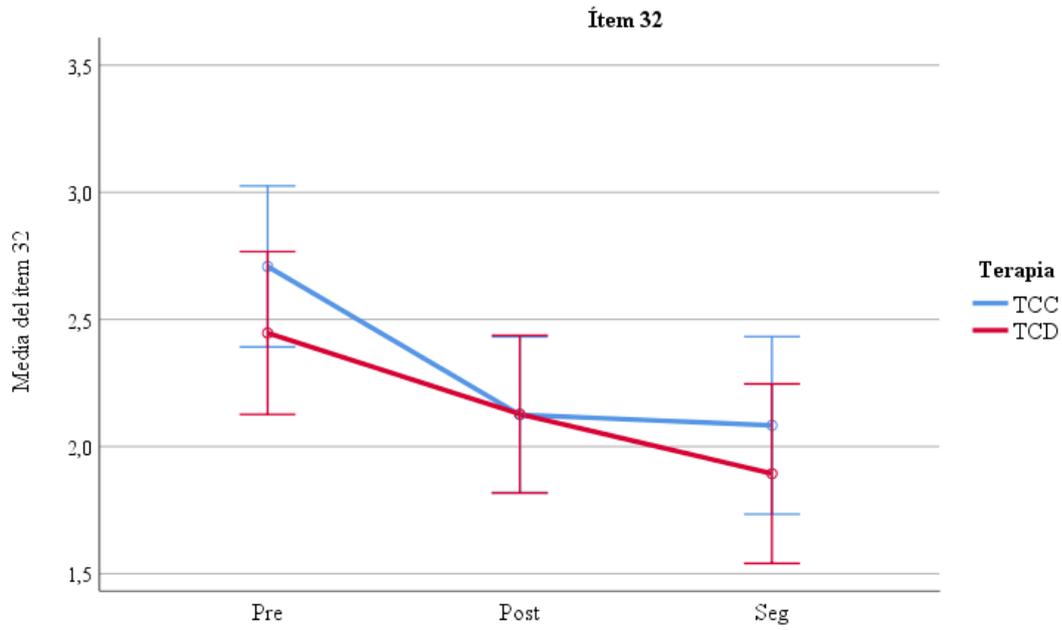


Figura 125. Comparación de medias del ítem 32 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

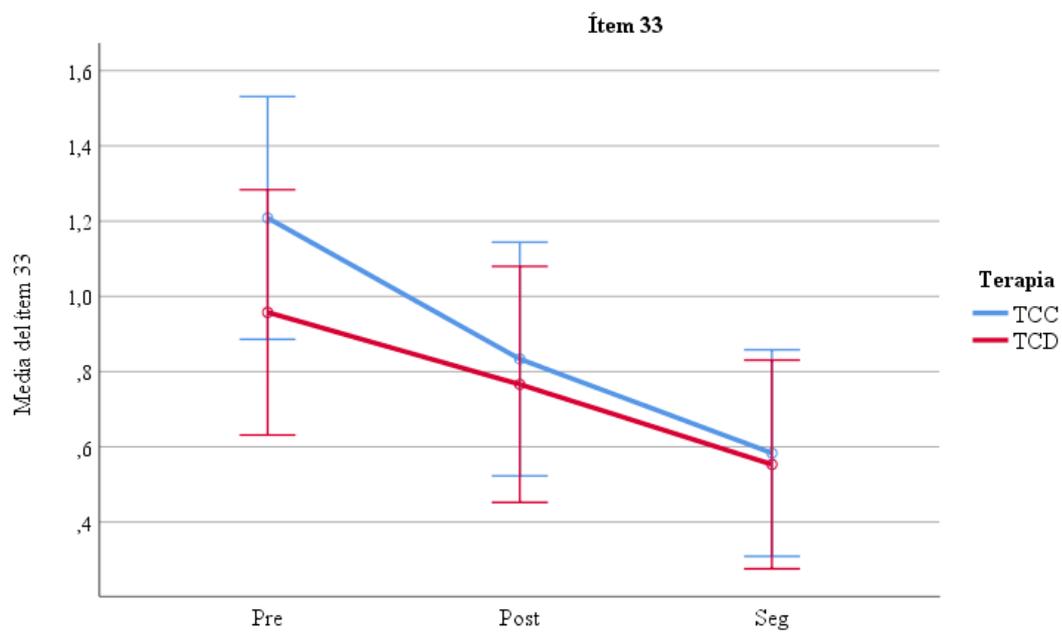


Figura 126. Comparación de medias del ítem 33 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación

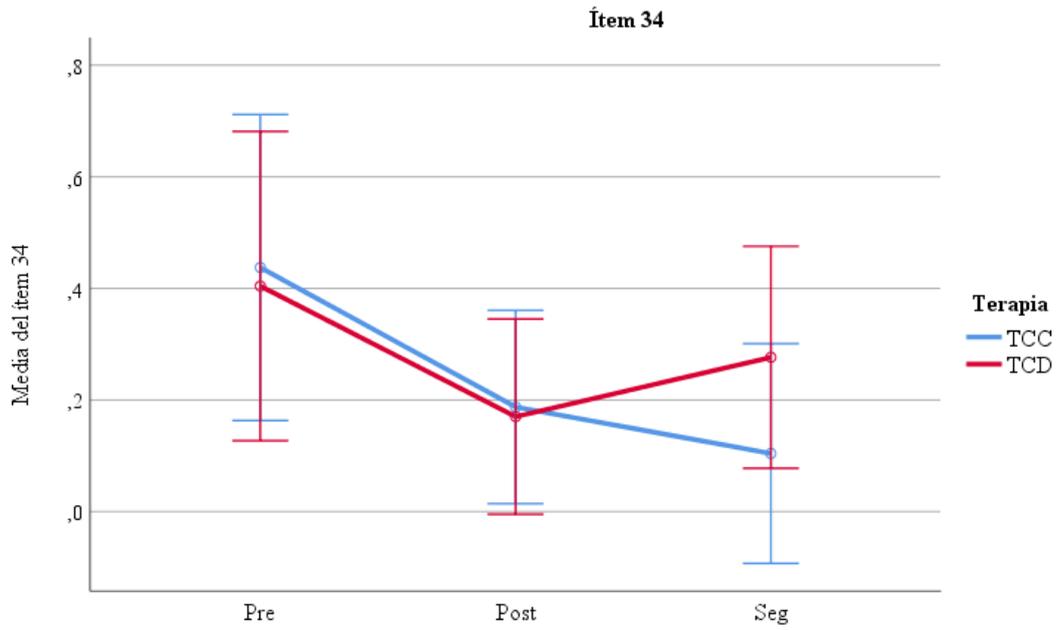


Figura 127. Comparación de medias del ítem 34 del CORE-OM según la intervención y del momento de la evaluación