

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT
Departament de Psicologia Bàsica, Clínica y Psicobiologia



UNIVERSITAT
JAUME • **I**

**Eficacia diferencial de un programa de intervención auto-aplicado
a través de Internet para la prevención y el tratamiento
de la depresión leve o moderada con apoyo y sin apoyo
por parte del terapeuta**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Adriana Mira Pastor

Dirigida por:

Cristina Botella Arbona

Juana María Bretón López

La presente tesis ha podido realizarse gracias a la beca VALi+d para investigadores en formación (ref. ACIF/2011/169) concedida por la Generalitat Valenciana.

Escric aquestes línies d'agraïment al mateix lloc on fa uns mesos vaig començar a redactar les primeres paraules d'aquesta tesi. Mire enrere i són moltes les persones a qui he d'agrair que aquest treball siga possible.

En primer lloc, vull donar les gràcies a les meues directores, la Dra. Cristina Botella, per transmetre'm la seua il·lusió en tot allò que fa, la seua dedicació inesgotable pel treball i les seues ganes perquè aprenga més i més i de la millor manera possible, i la Dra. Juana Bretón, per guiar-me i recolzar-me des que va nàixer aquest estudi fins a avui, per la seua confiança dipositada en mi, la seua actitud positiva, l'espenta i la dedicació constant.

En segon lloc, vull donar les gràcies a tots i cadascun dels altres membres que formen o han format part del grup, per ajudar-me en tot el que he necessitat i per haver treballat amb esforç perquè l'estudi anara endavant. De manera especial, a Mar i a Sara per estar sempre al meu costat, més enllà dels aspectes relacionats amb la feina; igualment a Sonia, per la seua companyia, perseverança i ajuda incansable.

També mereixen una menció especial les persones que han participat en l'estudi pel seu interès i el seu temps. Són elles les que donen sentit a aquest treball.

Vull agrair, a més, a totes les meues amigues pels moments compartits de converses i rialles durant aquest camí. De manera especial, a Mar, per la força i els ànims que em transmet sempre i a Gloria, per estar cada dia al meu costat regalant-me desconexió, calidesa i serenitat en arribar a casa. Així mateix, vull donar les gràcies a tots els que compartiren amb mi l'experiència de viure a Amsterdam, van fer que em sentira més a prop de la meua terra i es van convertir en un pilar important en els últims moments d'escriure la tesi.

De la mateixa manera vull agrair a la meua família la seua estima. Sobretot al meu pare, a la meua mare i a Rosa el seu recolzament moral, ja que m'ajuda sempre a seguir endavant.

Finalment, he de donar les gràcies a Josep per acompanyar-me de principi a fi en aquesta etapa que és tan important per a mi, per la seua estima, paciència i tranquil·litat, pels seus ànims i somriures i per fer-me creure sempre que podré i arribaré.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	5
1. LA DEPRESIÓN	5
1.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN	5
1.2. DIAGNÓSTICO.....	8
1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	25
1.3.1. Incidencia y prevalencia.....	25
1.3.2. Curso	30
1.3.3. Comorbilidad.....	32
1.3.4. Diagnóstico diferencial.....	36
1.4. MODELOS EXPLICATIVOS	38
1.4.1. Explicaciones conductuales de la depresión.....	38
1.4.2. Explicaciones cognitivas de la depresión	44
1.4.3. Explicaciones interpersonales de la depresión	50
1.4.4. Explicaciones psicodinámicas de la depresión.....	54
1.5. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN.....	56
1.5.1. Entrevistas diagnósticas.....	57
1.5.2. Escalas	60
1.5.3. Pruebas biológicas.....	67
2. TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA (TBE) PARA LA DEPRESIÓN.....	67
2.1. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.....	68
2.1.1. Antidepresivos tricíclicos (ADT)	68

2.1.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).....	69
2.1.3. Inhibidores irreversibles de la monoamino-oxidasa (IMAO)	70
2.1.4. Inhibidores reversibles de la monoamino-oxidasa (RIMA)	71
2.1.5. Antidepresivos de tercera generación	73
2.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	75
2.2.1. Terapia conductual (TC)	76
2.2.2. Terapia cognitivo-conductual (TCC)	79
2.2.3. Terapia Interpersonal (TIP).....	86
2.2.4. Perspectiva transdiagnóstica.....	88
2.2.5. Intervenciones basadas en la psicología positiva.....	93
2.2.6. Limitaciones de los Tratamientos Basados en la Evidencia (TBE)	104
2.3. LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	105
2.3.1. La importancia de la prevención de la depresión	105
2.3.2. Intervenciones preventivas	111
3. EL USO DE INTERNET EN LA APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	118
3.1. LA INCLUSIÓN DE LAS TIC'S EN LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	119
3.1.1. Definición de psicoterapia computarizada.....	121
3.2. EVIDENCIA DISPONIBLE ACERCA DE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS APLICADOS POR MEDIO DE INTERNET	123
3.2.1. Programas de tratamiento auto-aplicados para la depresión	124
3.2.2. Revisiones y meta-análisis.....	140
3.2.3. Programas auto-aplicados para la prevención de la depresión	145
3.3. VARIABLES IMPORTANTES A TOMAR EN CONSIDERACIÓN	150

3.3.1. Cantidad y tipo de apoyo proporcionados en los tratamientos auto-aplicados	151
3.4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UTILIZAR COMO SOPORTE INTERNET EN LA APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS	156
MARCO EXPERIMENTAL	161
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	161
5. MÉTODO.....	165
5.1. RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	165
5.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	166
5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y EVALUACIÓN	171
5.3.1. Entrevista	171
5.3.2. Variables socio demográficas y biográficas.....	172
5.3.3. Medidas de autoinforme de clínica general	172
5.3.4. Medidas de expectativas, satisfacción, opinión, aceptación y usabilidad del programa de tratamiento	178
5.3.5. Momentos de evaluación.....	180
5.4. DISEÑO Y CONDICIONES EXPERIMENTALES.....	180
5.5. EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: SONREÍR ES DIVERTIDO	184
5.5.1. Componentes terapéuticos del programa <i>Sonreír es Divertido</i>	185
5.5.2. Módulos de tratamiento del programa <i>Sonreír es Divertido</i>	188
5.5.3. Adaptación del programa <i>Sonreír es Divertido</i> al sistema web	191
5.5.4. Plataformas del terapeuta	199
5.6. TERAPEUTAS.....	201
5.7. PROCEDIMIENTO.....	201

6. RESULTADOS.....	206
6.1. DIFERENCIAS ENTRE LAS TRES CONDICIONES EXPERIMENTALES ANTES DEL TRATAMIENTO.....	207
6.1.1. Variables demográficas	207
6.1.2. Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo.....	208
6.1.3. Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzos en el entorno, búsqueda de gratificación personal y habilidades de afrontamiento.....	209
6.2. EFICACIA DIFERENCIAL DE LAS TRES CONDICIONES EXPERIMENTALES: COMPARACIONES PRE - POST-TRATAMIENTO.....	216
6.2.1. Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo.....	217
6.2.2. Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzo en el entorno, búsqueda de gratificación personal y habilidades de afrontamiento.....	221
6.3. EVALUACIÓN DEL CAMBIO EN LA INTERFERENCIA CAUSADA POR LOS ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES DEL PRE-TRATAMIENTO AL POST-TRATAMIENTO.....	226
6.4. EFICACIA DIFERENCIAL DE LOS DOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DE EVALUACIÓN: Pre- tratamiento, post-tratamiento y seguimientos.....	231
6.4.1. Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo.....	231
6.4.2. Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzos en el entorno, búsqueda de gratificación personal y habilidades de afrontamiento.....	235
6.4.3. Valoración de la mejoría por parte de los participantes.....	245
6.5. EVOLUCIÓN DE LAS VARIABLES CLÍNICAS MEDIDAS A LO LARGO DE PROCESO DE INTERVENCIÓN	246
6.5.1. Cambios en el afecto positivo y negativo tras la introducción de los componentes de psicología positiva	251
6.6. EVOLUCIÓN DEL ESTATUS DIAGNÓSTICO DE LOS PARTICIPANTES DEL PRE-TRATAMIENTO AL SEGUIMIENTO DE LOS 6 MESES	254

6.7. LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD DE LOS PARTICIPANTES REGISTRADA POR MEDIO DEL DIARIO DE ACTIVIDAD	256
6.7.1. Correlación entre el grado de actividad y cada una de las variables clínicas evaluadas en el post-tratamiento.....	256
6.7.2. Correlación entre el grado de satisfacción con las actividades diarias realizadas y cada una de las variables evaluadas en el post-tratamiento.....	257
6.8. MEDIDAS DE EXPECTATIVAS, SATISFACCIÓN Y OPINIÓN EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES.....	259
6.8.1. Expectativas	259
6.8.2. Satisfacción	260
6.8.3. Valoración acerca del programa de tratamiento y el apoyo recibido	263
6.9. USABILIDAD Y ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO	277
6.10. TASA DE ABANDONOS EN FUNCIÓN DEL APOYO RECIBIDO A LO LARGO DE LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	279
7. DISCUSIÓN.....	281
8. CONCLUSIONES	307
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	311
ANEXOS	389
ANEXO I: CARTEL QUE SE UTILIZÓ PARA REALIZAR EL LLAMAMIENTO DE LOS PARTICIPANTES	389
ANEXO II: TABLA RESUMEN DE LOS INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN	390
ANEXO III: ENTREVISTA	391
ANEXO IV: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y BIOGRÁFICAS	418
ANEXO V: MEDIDAS DE AUTOINFORME DE CLÍNICA GENERAL	421

ANEXO VI: MEDIDAS DE EXPECTATIVAS, SATISFACCIÓN, ACEPTACIÓN, USABILIDAD Y OPINIÓN CUALITATIVA DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO	440
ANEXO VII. CONTENIDO ESPECÍFICO DE LOS MENSAJES AL TELÉFONO MÓVIL Y DE LA LLAMADA DE APOYO SEMANAL POR PARTE DEL TERAPEUTA.....	447
ANEXO VIII: SCREENING TELEFÓNICO	449
ANEXO IX: COMPONENTES TERAPÉUTICOS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO	450
ANEXO X: PLATAFORMAS DEL TERAPEUTA.....	473
ANEXO XI: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	486
ANEXO XII: HOJA DE RECIBÍ	487
ANEXO XIII: CONSENTIMIENTO INFORMADO ONLINE	488
ANEXO XIV: MANUAL DE USO DEL PROGRAMA.....	489
ANEXO XV: MENSAJE DE BIENVENIDA AL PROGRAMA	497
ANEXO XVI: COMENTARIOS Y OPINIONES CUALITATIVAS DE LOS PARTICIPANTES EN RELACIÓN A LOS ASPECTOS EVALUADOS EN LA ENTREVISTA TELEFÓNICA.....	498

INDICE DE TABLAS

Tabla 1- Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de un F32 Episodio depresivo. .	9
Tabla 2- Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de un F33 Trastorno depresivo recurrente.	10
Tabla 3- Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de un episodio depresivo...	11
Tabla 4- Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2).....	12
Tabla 5- Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3).	12
Tabla 6- Comparación de los síntomas de la depresión en CIE-10 y DSM-IV-TR.	13

Tabla 7- Criterios característicos de gravedad de la CIE-10 y del DSM-IV-TR.	15
Tabla 8- Comparación de las indicaciones de remisión en CIE-10 y DSM-IV-TR.	16
Tabla 9- Especificaciones del DSM-IV-TR del curso de un episodio depresivo mayor recidivante.	17
Tabla 10- Subtipos de depresión en el DSM-IV-TR.	18
Tabla 11- Subtipos de depresión en la CIE-10.....	19
Tabla 12- Criterios diagnósticos para la distimia.	20
Tabla 13- Antidepresivos: mecanismo de acción, dosis, interacciones y efectos secundarios. .	72
Tabla 14- Antidepresivos de tercera generación: mecanismo de acción, dosis, interacciones y efectos secundarios.	75
Tabla 15- Tipos de prevención.	107
Tabla 16- Descriptivos de las variables demográficas de la muestra en el pre-tratamiento....	167
Tabla 17- Número y porcentaje de cada uno de los estresores que estaba presente en las vidas de los participantes al inicio del estudio y la interferencia media.....	168
Tabla 18- Número y porcentaje de cada uno de los diagnósticos presentes al inicio del estudio.	168
Tabla 19- Estadísticos descriptivos de todas las variables clínicas analizadas en el pre- tratamiento.	170
Tabla 20- Estadísticos descriptivos de las variables demográficas de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento.....	208
Tabla 21- Variables clínicas de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento (OASIS, ODSIS, BDI-II y PANAS).	209
Tabla 22- Otras variables clínicas de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento (PSS, QLI, EROS y EOS).	210

Tabla 23- Tres factores de la medida BriefCOPE de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento.	211
Tabla 24- Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVA de las variables analizadas en el pre-tratamiento en todos los participantes, teniendo en cuenta las dos submuestras.	213
Tabla 25- Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVA de las variables clínicas analizadas en el pre-tratamiento de los grupos de intervención, teniendo en cuenta las dos submuestras.	215
Tabla 26- Medias y desviaciones típicas de las principales variables clínicas de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.	217
Tabla 27- Análisis de varianza de las variables clínicas de ansiedad, estado de ánimo y afecto positivo y negativo de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.	218
Tabla 28- Tamaños del efecto encontrados en las variables OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS + y PANAS -.....	219
Tabla 29- Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.	221
Tabla 30- Medias y desviaciones típicas de los factores Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento de la medida BriefCOPE de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.	222
Tabla 31- Análisis de varianza de las variables clínicas: QLI, EROS y EOS de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.	222
Tabla 32- Tamaño del efecto encontrados en las variables: PSS, QLI, EROS y EOS.	223
Tabla 33- Análisis de varianza de los factores Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento de la medida BriefCOPE de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.	224
Tabla 34- Tamaño del efecto encontrado en los tres factores de la medida BriefCOPE.	224
Tabla 35- Número de participantes que estaba viviendo los diferentes acontecimientos estresantes en el pre-tratamiento y en el post-tratamiento.	227

Tabla 36- Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en la escala de interferencia referidas por los participantes en el pre y en el post-tratamiento.....	228
Tabla 37- Análisis de varianza de la interferencia provocada por los diferentes estresores del pre al post-tratamiento.....	229
Tabla 38- Medias y desviaciones típicas de las variables de ansiedad, estado de ánimo y afectividad en el pre, post y seguimientos.	232
Tabla 39- Análisis de varianza de las variables de ansiedad, estado de ánimo y afectividad de los dos grupos de intervención en el pre, post y seguimientos.....	233
Tabla 40- Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas PSS, QLI, EROS Y EOS en el pre, post y seguimientos.	235
Tabla 41- Análisis de varianza de las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS de los dos grupos de intervención en el pre, post y seguimientos.....	236
Tabla 42- Medias y desviaciones típicas de los tres factores de la medida BriefCOPE en el pre, post y seguimientos.	236
Tabla 43- Análisis de varianza de los tres factores de la medida BriefCOPE de los dos grupos de intervención en el pre, post y seguimientos.....	237
Tabla 44- Medias y desviaciones típicas de todas las variables clínicas evaluadas en las dos submuestras en el pre, post y seguimientos.	240
Tabla 45- Análisis de varianza de todas las variables clínicas evaluadas en las dos submuestras en el pre, post y seguimientos.	241
Tabla 46- Tamaño del efecto encontrado del pre al post-tratamiento en las variables evaluadas en las dos submuestras.....	243
Tabla 47- Nivel de cambio en el BDI-II según el estatus diagnóstico.....	245
Tabla 48- Medidas de la valoración de la mejoría en el post-tratamiento de las dos condiciones de intervención.	245
Tabla 49- Medidas de la valoración de la mejoría en el post-tratamiento de las dos submuestras.....	246

Tabla 50- Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas evaluadas a lo largo del proceso de intervención (OASIS, ODSIS, PANAS + y PANAS -).	248
Tabla 51- Análisis de varianza de las variables clínicas evaluadas a lo largo de todo el proceso de intervención en los dos grupos en los que se aplicó el tratamiento.....	249
Tabla 52- Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida OASIS.	249
Tabla 53- Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida ODSIS.	250
Tabla 54- Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida PANAS -.	250
Tabla 55- Estadísticos descriptivos del afecto positivo y negativo en los grupos SSA, SCA, Estresor y Estresor + Diagnóstico.	252
Tabla 56- Análisis de varianza de las variables PANAS + y PANAS - en los grupos SSA y SCA. ...	253
Tabla 57- Análisis de varianza de las variables PANAS + y PANAS - en las submuestras Estresor y Estresor + Diagnóstico.	253
Tabla 58- Número y porcentaje de diagnósticos psiquiátricos y de riesgo de suicidio (ligero) en el pre-tratamiento y en el seguimiento a los 6 meses.	255
Tabla 59- Coeficientes de correlación entre las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS + y PANAS -, y la variable "porcentaje del día activo".	256
Tabla 60- Coeficientes de correlación entre las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS y la variable "porcentaje del día activo".	257
Tabla 61- Coeficientes de correlación entre las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS + y PANAS - y la variable "satisfacción con las actividades diarias".	258
Tabla 62- Coeficientes de correlación entre las variables clínicas PSS, QLI, EROS, EOS y la variable "satisfacción con las actividades diarias".	258
Tabla 63- Medidas de las expectativas sobre el tratamiento de las dos condiciones de intervención analizadas utilizando ANOVAs de un factor.	260

Tabla 64- Medidas de la satisfacción sobre el tratamiento de las dos condiciones de intervención analizadas utilizando ANOVAs de un factor.	261
Tabla 65- Medidas de las expectativas sobre el tratamiento de las dos submuestras analizadas utilizando ANOVAs de un factor.	262
Tabla 66- Medidas de satisfacción sobre el tratamiento de las dos submuestras analizadas utilizando ANOVAs de un factor.	263
Tabla 67- Medidas de usabilidad y aceptación del programa de las dos condiciones de intervención analizadas utilizando ANOVAs de un factor.	278
Tabla 68- Número y porcentaje de abandonos a los largo de la realización del programa en la condición SCA y la condición SSA.	279

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Los cuatro temperamentos (Hipócrates)	6
Figura 2- Flujo de los participantes.	183
Figura 3- Módulo Home.	192
Figura 4- Viñetas que ilustran cómo afrontar una misma situación de forma desadaptativa o adaptativa.	193
Figura 5- Recomendación de realizar las tareas y repasar la información de los diferentes módulos.....	194
Figura 6- Evaluación diaria de la capacidad de afrontamiento, el estado de ánimo y el nivel de estrés.....	195
Figura 7- Informe de Actividad 1.....	196
Figura 8- Informe de Actividad 2.....	196
Figura 9- Gráfica de la relación entre la realización de actividades satisfactorias, estado de ánimo, capacidad de afrontamiento y nivel de estrés.....	197
Figura 10- Calendario.	198
Figura 11- Evolución del malestar emocional del pre-tratamiento al post-tratamiento.....	199

Figura 12- Plataformas del terapeuta.	200
Figura 13- Gráficos de los resultados obtenidos del pre al post-tratamiento en las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS - y PANAS + en los tres grupos experimentales.	220
Figura 14- Gráficos de los resultados obtenidos del pre al post-tratamiento en las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS en los tres grupos experimentales.	225
Figura 15- Gráficos de los resultados obtenidos del pre al post-tratamiento en los tres factores de afrontamiento de la medida BriefCOPE en los tres grupos experimentales.	226
Figura 16- Gráficos que muestran las puntuaciones obtenidas del pre al post-tratamiento en relación a la interferencia causada por los diferentes acontecimientos estresantes.	230
Figura 17- Evolución de las variables de ansiedad, estado de ánimo y afectividad en el pre, post y seguimientos.	234
Figura 18- Evolución de las variables clínicas PSS, QLI, EROS, EOS y afrontamiento en el pre, post y seguimientos.	238
Figura 19- Evolución de las variables clínicas OASIS, ODSIS, PANAS + y PANAS - a lo largo del proceso de intervención.	251
Figura 20- Porcentajes de utilidad del Diario de Actividad.	265
Figura 21- Porcentajes de utilidad de poder repasar la información de los módulos.	265
Figura 22- Porcentajes de comprensión de la disponibilidad del programa una vez finalizado el tratamiento.	266
Figura 23- Porcentajes de los participantes que han seguido entrando en el programa una vez finalizados los módulos y de los que no lo han hecho.	267
Figura 24- Porcentajes de utilidad percibida de tener a su disposición el programa.	267
Figura 25- Porcentajes de valoración de la utilidad de la llamada de apoyo de los participantes de la condición SCA.	268
Figura 26- Porcentajes de valoración de la utilidad de la llamada de apoyo de los participantes de la condición SSA.	269

Figura 27- Porcentajes de agrado de las llamadas de los participantes de la condición SCA...	270
Figura 28- Porcentajes de agrado de las llamadas de apoyo de los participantes de la condición SSA.....	270
Figura 29- Categorías establecidas para las diferentes puntuaciones obtenidas en la escala SUS.	277

INTRODUCCIÓN

La depresión se ha situado en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes en la población general y uno de los más incapacitantes (Paykel, Brugha y Fryers, 2005). En el momento actual, existen múltiples argumentos que sugieren que su prevención y tratamiento deberían ser una estrategia de salud prioritaria, teniendo sobre todo en cuenta la magnitud epidemiológica de esta patología (Bijl et al., 2002; Paykel et al., 2005), su especial tendencia a la cronicidad (Andrews, 2001; Wagner et al., 2001), el alto índice de comorbilidad que la caracteriza (Hasin, Goodwin, Stinson y Grant, 2005; Kessler, Merikangas y Wang, 2007) y su coste elevado, tanto personal, como social (familia, amigos) y económico (trabajo, productividad) (Cuijpers, Beekman y Reynolds, 2012). A todo lo anterior se añade el hecho de que la depresión es el trastorno mental más relacionado con la existencia de ideas e intentos de suicidio (Bernal et al., 2007). Con todo esto, no es de extrañar que la prevención de la depresión se haya planteado como uno de los puntos centrales en el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (*European Pact for Mental Health and Wellbeing*, 2008). Un desafío que en la actualidad resulta muy relevante es afrontar el tema de la depresión desde esta perspectiva preventiva operando en cada uno de sus tres niveles: prevención *primaria*, con el objetivo de reducir su incidencia; prevención *secundaria*, dirigida a las personas que poseen algún factor de riesgo o a aquellas personas que muestran síntomas subclínicos; y prevención *terciaria*, cuyo objetivo es minimizar las limitaciones producidas por un trastorno ya instaurado (*Commission on Chronic Illness*, 1957; Vázquez y Torres, 2007). Tal y como señalan Cuijpers,

Beekman et al. (2012) en un trabajo reciente, desarrollar mejores estrategias y herramientas para detectar a las personas en riesgo de depresión y el diseño de programas de prevención es una prioridad global. En los últimos años ha habido un número creciente de estudios que avalan los importantes beneficios de detectar los signos de depresión en la población y la necesidad de una intervención psicológica para prevenirla (Mihalopoulos y Vos, 2013).

Como se pondrá de manifiesto a lo largo del presente trabajo, contamos con tratamientos psicológicos eficaces para la depresión e intervenciones centradas en la prevención de la misma. Sin embargo, presentan limitaciones, siendo una de las más destacadas el hecho de que la prestación de servicios de salud mental es generalmente inferior a la adecuada en términos de accesibilidad y calidad (Andrade et al., 2003; Hinrichsen, 2010, *Institute of Medicine*, 2008; Kazdin y Blase, 2011). Como se mostrará más adelante, hay una serie de obstáculos que hacen que muchos pacientes no se decidan o tengan dificultades para buscar ayuda (Bebbington et al., 2000; Gaston, Abbott, Rapee, y Neary, 2006; Titov, 2011).

Recientemente se han propuesto varios enfoques innovadores para mejorar el acceso a los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (TBE). Uno de estos enfoques es el uso de tratamientos diseñados para tratar los elementos comunes de varios trastornos en un mismo protocolo de tratamiento. Estos tratamientos reciben el nombre de transdiagnósticos (Barlow, Ellard et al., 2011). En lugar de centrarse en lo específico y diferencial de cada uno de los trastornos mentales, la atención se focaliza más en lo que tienen en común, en los procesos psicológicos que subyacen a muchos de ellos (Brown y Rosellini, 2011; Craske et al., 2009; Mansell, 2012; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Wilamowska et al., 2010). Otro enfoque que facilita la diseminación de los TBE es el uso de programas de tratamiento que utilizan como soporte Internet. Es necesario, tal y como señalan Kazdin y Blase (2011) generar estrategias innovadoras, nuevos modelos, nuevas formas de aplicar los tratamientos apoyados empíricamente, para así fomentar su diseminación. Como se presentará con detalle en el presente trabajo, los resultados obtenidos hasta el momento con los programas auto-aplicados a través de Internet (tanto para el tratamiento como para la prevención) son consistentes y prometedores. Sin embargo, aún existen importantes problemas por resolver. Entre ellos destaca el hecho de que no todos los pacientes continúan y terminan el programa, los estudios de meta-análisis sobre programas auto-aplicados a través de Internet para la depresión señalan una tasa de abandonos del 32% (rango 0-75%) (Kaltenthaler, Parry, Beverley y Ferriter, 2008; Melville, Casey y Kavanagh, 2010).

El problema de las altas tasas de abandonos en los tratamientos auto-aplicados puede tener distintas causas, y una de ellas puede ser el apoyo proporcionado o no proporcionado por parte del terapeuta (Andersson et al., 2009). Recientemente, ha aumentado la investigación dirigida a determinar la importancia del apoyo por parte del terapeuta en este tipo de intervenciones. Los datos referidos en los meta-análisis constatan que los tratamientos auto-aplicados en los que se da apoyo a lo largo de la realización del programa producen mayores tamaños del efecto y menos tasas de abandono que los programas totalmente auto-aplicados, sin ningún tipo de apoyo (Andersson y Cuijpers, 2009; Richards y Richardson, 2012). No obstante, recientemente también ha surgido evidencia acerca de la eficacia comparable de dichos programas (sin ningún tipo de contacto y apoyo por parte de un terapeuta, asesor o investigador) con el mismo programa de intervención con contacto o apoyo humano (Berger et al., 2011; Clarke et al., 2005; Cuijpers, Donker et al., 2011; Farrer, Christensen, Griffiths y Mackinnon, 2011). Este es un aspecto adicional recogido por la presente tesis, dada la importancia que esto puede tener para los desarrollos futuros en este campo, de manera que se plantea: *¿Es necesario el apoyo semanal por parte de un terapeuta durante la realización de un programa de intervención auto-aplicado a través de Internet?*

A la luz de todo esto en nuestro grupo hemos considerado conveniente combinar y estudiar la viabilidad y la utilidad de todas estas estrategias. Por ello hemos desarrollado un protocolo de intervención para prevenir y tratar la depresión (leve o moderada) totalmente auto-aplicado a través de Internet. Este protocolo sigue la perspectiva transdiagnóstica y se basa en las técnicas cognitivo-comportamentales clásicas, como la activación comportamental (AC), e incluye otras estrategias psicológicas para mejorar el estado de ánimo positivo. Además de evaluar la eficacia del mismo, se pretende determinar el efecto que pueda tener un apoyo mínimo semanal proporcionado telefónicamente por un terapeuta (llamada de 2 minutos) y la valoración, en términos de opinión y satisfacción, que los participantes hacen del protocolo de tratamiento implementado y del procedimiento basado en las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) que se utiliza para su aplicación.

MARCO TEÓRICO

1. LA DEPRESIÓN

1.1. CONCEPTO Y EVOLUCIÓN

El término “depresión” es relativamente reciente y ha sustituido al de melancolía. Éste último fue durante mucho tiempo el nombre utilizado para referirse al conjunto de síntomas que conforman un estado de ánimo deprimido (Korman y Sarudiansky, 2011).

En la época griega, el filósofo Hipócrates, padre de la medicina, empezó a ser consciente de que la melancolía se trataba de una enfermedad. Él pensaba que para tener salud había que mantener en equilibrio los cuatro humores (Ver Figura 1): la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra (la melancolía), que llamó así al unir los términos 'melan' (negro) y 'jole' (bilis). Un exceso de esta bilis negra provocaba tristeza en el individuo (Conti, 2007).

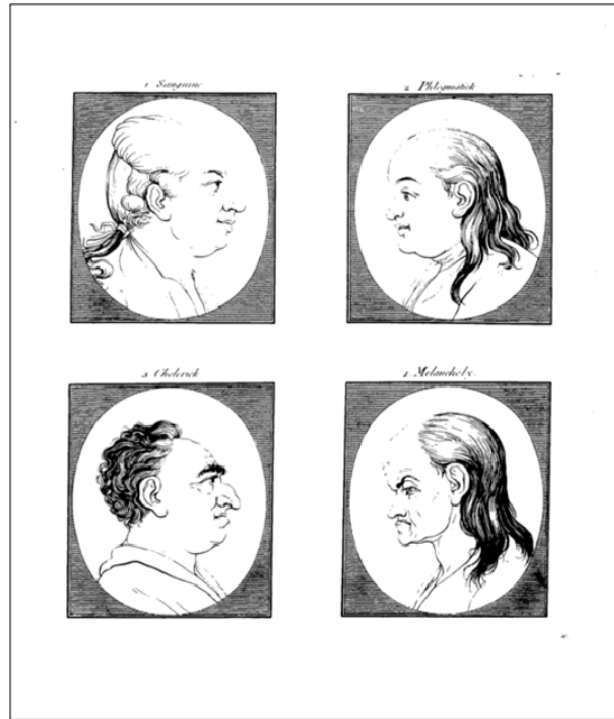


Figura 1 - Los cuatro temperamentos (Hipócrates)

Durante el Renacimiento la mayoría de los autores se apoyaban en la teoría de los humores para su explicación y las descripciones clínicas no variaron sustancialmente con respecto a épocas anteriores (Jackson, 1989). El significado del término melancolía permaneció constante desde los inicios de la teoría humoral hasta el Renacimiento y épocas posteriores (finales del siglo XVI y comienzos del XVII). Por tanto, esta teoría tuvo una arraigada vigencia durante más de 20 siglos (Jackson, 1989).

Hay que esperar hasta el año 1725 (siglo XVIII), cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión (Jackson, 1989). Esta palabra deriva del latín *de* y *premere* (apretar, oprimir) y *deprimere* (empujar hacia abajo). Durante este siglo, se recurrió a explicaciones mecánicas y eléctricas para desafiar la teoría humoral de la melancolía, pero fue a finales del siglo XIX y principios del XX cuando se empezó a estudiar en profundidad la depresión. En el siglo XIX destacan grandes figuras que siempre aparecen en los tratados de psiquiatría, tales como Pinel, Esquirol, Heinroth, Griesinger, etc. Es una época de gran proliferación en cuanto a los intentos por comprender los trastornos mentales. Aunque siguen apareciendo explicaciones de tipo mecanicista, ya hay autores que hablan de causas psicológicas de la melancolía (Conti, 2007). El propio Pinel observaba que las numerosas

disecciones que practicaban demostraban que no existían lesiones orgánicas e insistía en que las principales causas eran morales (Jackson, 1989). El término depresión se fue afianzando cada vez más. Su uso haciendo referencia a un síntoma psiquiátrico se consolidó al aparecer en la década del 1860, en los diccionarios médicos, para referirse a una disminución fisiológica de la función metafórica y emocional (Berrios, 1988). Así, poco a poco, el término depresión fue ganando aceptación cada vez mayor en los tratados de medicina y a finales del siglo XIX se utilizaba como un sinónimo a la melancolía. El psiquiatra alemán Emil Kraepelin fue de los primeros autores que empezó a profundizar en la enfermedad y en utilizar la depresión como término general, haciendo referencia a los diferentes tipos de melancolía como *estados depresivos* (Conti, 2007). En el siglo XX fueron importantes las aportaciones de Sigmund Freud, padre del psicoanálisis y las de Adolf Meyer, quién propuso eliminar totalmente el término melancolía y reemplazarlo por el de depresión (Korman y Sarudiansky, 2011). Fue en este siglo, con la aparición de los primeros sistemas diagnósticos de clasificación de la *American Psychology Association* (APA): *Diagnostic and Statistical Manual – I* (DSM-I, APA, 1952) y DSM-II (APA, 1968) cuando se introdujeron los términos de *reacción depresiva* y *neurosis depresiva*, respectivamente.

El término *trastorno depresivo mayor* (TDM) fue presentado por un grupo de médicos de Estados Unidos en la década de 1970 como parte de las propuestas de criterios diagnósticos basados en los patrones de síntomas y fue incorporada en el DSM-III en 1980 (Philipp, Maier y Delmo, 1991). Al DSM-III (APA, 1980), le siguió el DSM-IV en el año 1994 (APA, 1994). En esta edición también recibió el nombre de TDM. Una de las modificaciones destacables del DSM-III respecto al DSM-IV es que en este último se añade un criterio para asegurar que la presentación de los síntomas tiene significación clínica. Además, el DSM-IV incluye un criterio que clarifica los límites con el duelo; esto es, un episodio depresivo mayor (EDM) puede diagnosticarse si los síntomas persisten durante más de 2 meses tras la pérdida del ser querido (APA, 1994). Aunque la antigua idea de la *melancolía* todavía sobrevive en la noción de un subtipo melancólico. La misma nomenclatura que el DSM-IV sigue el DSM-IV-TR (APA, 2002).

Hasta la actualidad, se consideraba la depresión como parte del grupo de los trastornos afectivos de acuerdo con lo especificado en los sistemas de clasificación más utilizados tanto en la clínica como en los estudios de investigación en los últimos años. Estos son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992) y el DSM-IV-TR (APA, 2002). Sin embargo, como se explicará más adelante, en la reciente

edición DSM-V, se dedica un capítulo específico a los trastornos depresivos, separándose de otros trastornos como el trastorno bipolar y otros relacionados (APA, 2013).

1.2. DIAGNÓSTICO

A continuación, se detallan las principales características diagnósticas de cada uno de estos sistemas de clasificación. Como podrá verse, presentan similitudes pero también importantes diferencias.

La CIE-10 incluye los Episodios depresivos (F32) y al Trastorno depresivo recurrente (F33) dentro de la categoría Trastornos del Humor (afectivos).

Para diagnosticar un episodio depresivo utiliza una lista de 10 síntomas y deben estar presentes por lo menos 4 síntomas. Dos de ellos, al menos, tienen que ser de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y pérdida de energía) más otros dos de los restantes siete síntomas.

Para diagnosticar un Trastorno depresivo recurrente tienen que darse episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2. No obstante, pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepresivo.

Pueden verse los criterios diagnósticos para el F32 Episodio depresivo y para el F33 Trastorno depresivo recurrente en la Tabla 1 y en la Tabla 2 respectivamente.

Tabla 1- Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de un F32 Episodio depresivo.

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo:</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>B. Presencia de, al menos, dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ol style="list-style-type: none">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. <p>D. Puede haber o no síndrome somático.</p> <p>El episodio depresivo puede ser:</p> <p>F32.0 Leve: F32.00 Sin síndrome somático o F32.01 Con síndrome somático.</p> <p>F32.1 Moderado F32.10 Sin síndrome somático o F32.11 Con síndrome somático.</p> <p>F32.2 Grave sin síntomas psicóticos.</p> <p>F32.3 Grave con sin síntomas psicóticos.</p>
--

Fuente: OMS (1992)

Tabla 2- Criterios de la CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de un F33 Trastorno depresivo recurrente.

1. Aparición de episodios repetidos de depresión, que pueden presentar los rasgos de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía F30.1 y F30.2.

2. Pueden haberse presentado episodios breves de elevación ligera del estado de ánimo o hiperactividad (que satisface las pautas de hipomanía F30.0) inmediatamente después de un episodio depresivo, a veces precipitados por el tratamiento antidepressivo.

Incluye:

Episodios recurrentes de:

Reacción depresiva.

Depresión psicógena.

Depresión reactiva.

Trastorno afectivo estacional (F33.0 o F33.1).

Episodios recurrentes de:

Depresión endógena.

Depresión mayor.

Psicosis maniaco-depresiva (de tipo depresivo).

Depresión psicótica psicógena o reactiva.

Depresión psicótica.

Depresión vital (F33.2 o F33.3).

Excluye:

Episodios depresivos breves recurrentes (F38.1).

El Trastorno depresivo recurrente puede ser:

F33.0 Leve: F33.00 Sin síndrome somático o F33.01 Con síndrome somático.

F33.1 Moderado: F33.10 Sin síndrome somático o F33.11 Con síndrome somático.

F33.2 Grave sin síntomas psicóticos.

F33.3 Grave con síntomas psicóticos.

Fuente: OMS (1992)

En cambio, en el DSM-IV-TR, el EDM, así como el F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único, (296.2) y el F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3) se encuentran dentro de la categoría Trastornos de estado de ánimo.

Para diagnosticar un EDM utiliza una lista de 9 síntomas. En este caso, el diagnóstico se establece con la presencia de, al menos, cinco de los síntomas, y al menos uno tiene que ser de los dos considerados como típicos (estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o de capacidad para disfrutar).

Para diagnosticar un Trastorno depresivo mayor, episodio único, debe darse un EDM sin haberse producido nunca un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Cuando se dan dos o más episodios depresivos mayores, sin haberse producido nunca un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco, se diagnostica Trastorno depresivo mayor recidivante.

Pueden verse los criterios diagnósticos para un EDM en la Tabla 3 , así como los criterios para un Trastorno depresivo mayor de episodio único en la Tabla 4 y recidivante en la Tabla 5.

Tabla 3- Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de un episodio depresivo.

A. Cinco o más de los síntomas siguientes durante un período de dos semanas y que representen un cambio respecto a la actividad previa: uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

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

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo, hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Fuente: APA (2002)

Tabla 4- Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2).

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

.0 Leve

.1 Moderado

.2 Grave sin síntomas psicóticos

.3 Grave con síntomas psicóticos

.4 En remisión parcial/en remisión total

.9 No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Fuente: APA (2002)

Tabla 5- Criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico de F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3).

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un

trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- .0 Leve
- .1 Moderado
- .2 Grave sin síntomas psicóticos
- .3 Grave con síntomas psicóticos
- .4 En remisión parcial/en remisión total
- .9 No especificado

Especificar(para el episodio actual o el más reciente):

- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional

Fuente: APA (2002)

A continuación se presenta la comparación de los síntomas requeridos en la CIE-10 y en el DSM-IV-TR para diagnosticar un EDM (Ver Tabla 6).

Ambos sistemas de clasificación coinciden en que de cada uno de los síntomas individuales se debe evaluar la gravedad y el impacto en el funcionamiento de la persona, y si está presente durante la mayor parte de cada día.

Tabla 6- Comparación de los síntomas de la depresión en CIE-10 y DSM-IV-TR.

CIE-10	DSM-IV-TR
Estado de ánimo depresivo	Estado de ánimo depresivo indicado por el relato subjetivo o por observación de otros
Pérdida de interés	Pérdida de interés o placer
Reducción de energía	Fatiga o pérdida de energía
Pérdida de confianza o de autoestima	Inutilidad/culpa excesiva o inapropiada
Sentimientos irracionales de auto reproche o	

culpa inapropiada	
Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio	Pensamientos recurrentes de muerte, pensamientos de suicidio o intentos reales de suicidio
Disminución de la capacidad de pensar, concentrarse o indecisión	Disminución de la capacidad de pensar, concentrarse o indecisión
Cambios en la actividad psicomotora con agitación o enlentecimiento	Agitación psicomotora o enlentecimiento
Trastornos del sueño	Insomnio/ hipersomnia
Cambio en el apetito con cambios de peso	Apetito significativo y/o pérdida de peso

Fuente: *National Collaborating Centre for Mental Health y Royal College of Psychiatrists (NCCMH y RCP, 2010).*

Se observa que ambos sistemas de clasificación tienen prácticamente las mismas características de diagnóstico para un EDM. Sin embargo cabe destacar algunas diferencias.

El DSM-IV-TR une dos síntomas de la CIE-10 (pérdida de confianza o de autoestima y sentimientos irracionales de autoreproche o culpa inapropiada) y lo define como inutilidad/culpa excesiva o inapropiada. Por tanto, en la CIE-10 la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad. Como se ha explicado, sus límites son diferentes: el DSM-IV-TR requiere un mínimo de cinco de los nueve síntomas para diagnosticar un episodio depresivo leve y la CIE-10 requiere cuatro de cada diez síntomas. Además las poblaciones que se identifican pueden ser diferentes, ya que en el DSM-IV-TR sólo se necesita el cumplimiento de uno de los dos síntomas principales (estado de ánimo deprimido o anhedonia), pero en la CIE-10 dos de tres (ánimo depresivo, anhedonia o falta de energía).

Un estudio realizado en atención primaria en Europa ha identificado de dos a tres veces más personas deprimidas utilizando criterios CIE-10 en comparación con la utilización del DSM-IV-TR (11,3% versus 4,2%) (Wittchen, Hofler y Meister, 2001). Sin embargo, otro estudio en Australia (Andrews, Anderson, Slade y Sunderland, 2008) encontró tasas similares con los dos sistemas de clasificación (6,8% frente al 6,3%), pero se identificaron poblaciones ligeramente diferentes (83% de concordancia).

Estos estudios enfatizan que, aunque similares, los dos sistemas no son idénticos y esto es particularmente evidente en el umbral que cada sistema de clasificación toma para indicar la importancia clínica.

Además, los dos sistemas se diferencian en los criterios de gravedad y de duración establecidos para un episodio depresivo, así como en las especificaciones del curso de un trastorno depresivo. Se van a exponer las diferencias entre la CIE-10 y el DSM-IV-TR en estos tres factores (gravedad, duración y curso) esenciales para establecer el diagnóstico.

A la hora de determinar la **gravedad** de un episodio depresivo, tanto la CIE-10 como el DSM-IV-TR se basan en el número, tipo e intensidad de los síntomas y en el grado de deterioro funcional. En base a esto, lo clasifican en leve, moderado o grave, pero en cada sistema de clasificación los niveles de gravedad tienen unas características diferentes. La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del EDM: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Esto no lo especifica el DSM-IV-TR como se puede observar en la Tabla 7 .

Tabla 7- Criterios característicos de gravedad de la CIE-10 y del DSM-IV-TR.

CIE-10	DSM-IV-TR
<p>Leve: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y al menos dos síntomas del criterio C hasta llegar a un mínimo de 4 síntomas. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes.</p> <p>Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como</p>	<p>Leve: pocos síntomas, o ninguno, aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y los síntomas provocan sólo deterioro menor del desempeño laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás.</p> <p>Moderado: síntomas o deterioro funcional entre “leve” y “grave”.</p> <p>Grave sin características psicóticas: varios síntomas aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y síntomas que interfieren notoriamente con el desempeño laboral, o las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.</p> <p>Grave con características psicóticas: ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si las características psicóticas son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo: a) Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es completamente compatible con los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad,</p>

<p>episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>	<p>muerte, nihilismo o castigo merecido.</p> <p>b) Características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no corresponde a los temas depresivos habituales de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. Se incluyen síntomas, como ideas delirantes de persecución (no directamente relacionados con temas depresivos), inserción del pensamiento, transmisión del pensamiento e ideas delirantes de control.</p>
---	--

Fuentes: OMS (1992) y APA (2002)

En cuanto a la **duración**, ambos sistemas de clasificación requieren que los síntomas hayan estado presentes durante al menos 2 semanas para hacer un diagnóstico (pero este periodo puede ser más corto en la CIE-10, si los síntomas son particularmente severos o de inicio rápido).

Por tanto, la duración mínima de los síntomas persistentes de la depresión mayor es de 2 semanas. Sin embargo, determinados estudios sugieren que estas definiciones convencionales han sido adoptadas en ausencia de una buena evidencia ya que sólo existe una modesta base empírica de dicha duración mínima (Angst y Merikangas, 2001).

En cuanto al **curso** tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV-TR se han consensuado una serie de criterios que pueden orientar al clínico y al investigador sobre el cambio ocurrido en el estado clínico del paciente, indicando si está en remisión.

En el caso de la CIE-10, se establece una categoría diagnóstica diferenciada: F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión. En el DSM-IV-TR se tiene que codificar el estado del episodio actual o más reciente (en remisión parcial, en remisión completa, no especificado) tanto en el caso de trastorno depresivo de episodio único como recidivante (Ver Tabla 8).

Tabla 8- Comparación de las indicaciones de remisión en CIE-10 y DSM-IV-TR.

CIE-10	DSM-IV-TR
<p>F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.</p> <p>a) En el pasado debieron satisfacerse todas las pautas de trastorno depresivo recurrente (F33.), pero el estado actual no satisface las pautas</p>	<p>En remisión parcial: hay síntomas de un episodio depresivo mayor, pero no se cumplen los criterios completos, o hay un período sin ningún síntoma significativo de episodio depresivo mayor que dura al menos de 2 meses tras el final del episodio depresivo mayor. (Si el</p>

<p>para episodio depresivo de cualquier gravedad, o para cualquier otro trastorno de F30-39.</p> <p>b) Además, por lo menos dos episodios deben haber durado un mínimo de dos semanas y deben haber estado separados por un período de varios meses libres de alteración significativa del humor.</p>	<p>episodio depresivo mayor se sobreagregó a un trastorno distímico, se efectúa el diagnóstico de trastorno distímico solo, una vez que ya no se cumplen los criterios completos de episodio depresivo mayor).</p> <p>En remisión completa: durante los últimos 2 meses, no hubo signos ni síntomas significativos de la alteración.</p> <p>Sin otra especificación</p>
--	---

Fuentes: OMS (1992) y APA (2002)

Además, cuando se da el diagnóstico de episodio depresivo mayor recidivante con el DSM-IV-TR, se tiene que especificar si se ha dado con o sin recuperación interepisódica o con patrón estacional así como si se trata de un episodio crónico (Ver Tabla 9). En la CIE-10 sólo se dan los criterios provisionales del patrón estacional en la versión de investigación.

Tabla 9- Especificaciones del DSM-IV-TR del curso de un episodio depresivo mayor recidivante.

<p><u>Criterios para la especificación de curso longitudinal</u></p> <p>Con recuperación interepisódica total: si se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.</p> <p>Sin recuperación interepisódica total: si no se logra una remisión total entre los dos episodios afectivos más recientes.</p>
<p><u>Con patrón estacional:</u></p> <p>A. Ha habido una relación temporal sostenida entre el inicio de los episodios depresivos mayores de un trastorno bipolar I o bipolar II, o un trastorno depresivo mayor recurrente, y una determinada época del año (p. ej., aparición regular del episodio depresivo mayor en el otoño o el invierno).</p> <p>Nota: No se incluyen los casos en los que hay un efecto evidente de factores estresantes psicosociales estacionales (p. ej., estar habitualmente en paro todos los inviernos).</p> <p>B. Las remisiones totales (o un cambio de la depresión a la manía o a la hipomanía) también se dan en una determinada época del año (p. ej., la depresión desaparece en primavera).</p> <p>C. En los últimos 2 años ha habido dos episodios depresivos mayores que han demostrado la relación estacional temporal definida en los Criterios A y B, y no ha habido episodios depresivos mayores no estacionales en el mismo periodo.</p> <p>D. Los episodios depresivos mayores estacionales (descritos antes) tienen que ser sustancialmente más numerosos que los episodios depresivos mayores no estacionales presentados a lo largo de la vida del sujeto.</p>
<p><u>Criterios para la especificación de cronicidad</u></p> <p>Crónico: puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor. Los criterios completos para un episodio depresivo mayor se han cumplido de forma continua</p>

durante al menos los 2 últimos años.

Fuente: APA (2002)

En cuanto a los **subtipos de depresión**, en el DSM-IV-TR se tiene que especificar si es con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos o de inicio en el posparto (Ver Tabla 10). En cambio, la CIE-10 sólo proporciona especificadores para el síndrome somático, que es similar a la melancolía del DSM-IV-TR (Ver Tabla 11)

Aparte, ambos sistemas de clasificación tienen los criterios relacionados con los síntomas psicóticos descritos anteriormente.

Tabla 10- Subtipos de depresión en el DSM-IV-TR.

Criterios para la especificación de síntomas melancólicos:

A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el periodo más grave del episodio actual:

1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades
2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno)

B. Tres (o más) de los siguientes:

1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido).
2. La depresión es habitualmente peor por la mañana.
3. Despertar precoz (al menos, 2 horas antes de la hora habitual de despertarse).
4. Enlentecimiento o agitación psicomotores.
5. Anorexia significativa o pérdida de peso.
6. Culpabilidad excesiva o inapropiada.

Criterios para la especificación de síntomas catatónicos:

El cuadro clínico está dominado por, al menos, dos de los siguientes síntomas:

1. Inmovilidad motora que puede manifestarse por catalepsia (incluida la flexibilidad cética) o por estupor.
2. Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos).
3. Negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a cualquier tipo de órdenes, o mantenimiento de una postura rígida contra todo intento de ser movido).
4. Peculiaridades del movimiento voluntario que pueden manifestarse en la postura (adopción voluntaria de posturas extrañas o inapropiadas), movimientos estereotipados, manierismos patentes o

gesticulación exagerada.

5. Ecolalia o ecopraxia.

Criterios para la especificación de síntomas atípicos:

Con síntomas atípicos: puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico.

A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas).

B. Dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Aumento significativo del peso o del apetito.

2. Hipersomnia.

3. Abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesados o inertes).

4. Patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo.

C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos.

Criterios para la especificación de inicio en el posparto:

Con inicio en el posparto: puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual (o más reciente) de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.

Inicio del episodio en las primeras 4 semanas del posparto.

Fuente: APA (2002)

Tabla 11- Subtipos de depresión en la CIE-10.

El **síndrome somático** no se considera presente a menos que cuatro o más de las siguientes características estén presentes:

1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.

2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.

3. Despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.

4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.

5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación.

6. Pérdida marcada del apetito.
7. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
8. Notable disminución del interés sexual.

Fuentes: OMS (1992)

En los últimos años ha habido un mayor reconocimiento de la necesidad de considerar la depresión "subliminal", es decir, aquella en la que no se cumplen todos los criterios para un trastorno/ EDM (NCCMH y RCP, 2010). La presencia de un número elevado de síntomas depresivos sin completar criterios diagnósticos (depresiones subclínicas) es un problema de gran relevancia epidemiológica (Cuijpers, De Graaf y Van Dorsselaer, 2004), ya que puede generar tanto malestar y disfunción como un cuadro clínico de depresión (Gotlib, Lewinsohn y Seeley, 1995; WHO, 2004). Se sabe que los síntomas depresivos subliminales causan una considerable morbilidad y grandes costes tanto humanos como económicos. Además son más comunes en aquellas personas con una historia de depresión mayor y pueden ser un factor de riesgo para sufrir en un futuro depresión (Rowe y Rapaport, 2006). Sin embargo, no hay una clasificación aceptada para la depresión subumbral en los sistemas de diagnóstico actuales, siendo el más cercano el de la depresión menor (un diagnóstico de investigación en DSM-IV-TR). Para este diagnóstico de investigación son necesarios al menos dos pero menos de cinco síntomas, esto coincide en parte con el episodio depresivo leve de la CIE-10, con 4 síntomas.

Tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 tienen la categoría de la distimia, que consiste en síntomas depresivos que son subliminales para la depresión mayor, pero que persisten (por definición durante más de 2 años) (Ver Tabla 12). No parece haber ninguna evidencia empírica de que la distimia sea distinta de los síntomas depresivos subumbrales aparte de la duración de dichos síntomas (NCCMH y RCP, 2010).

Tabla 12- Criterios diagnósticos para la distimia.

- A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 1. pérdida o aumento de apetito.
 2. insomnio o hipersomnía.
 3. falta de energía o fatiga.

<p>4. baja autoestima.</p> <p>5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.</p> <p>6. sentimientos de desesperanza.</p> <p>C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.</p> <p>D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.</p> <p>Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.</p> <p>F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.</p> <p>G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).</p> <p>H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años; Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.</p> <p><i>Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):</i> Con síntomas atípicos</p>
--

Fuente: APA (2002)

Finalmente, se van a presentar los cambios principales del reciente DSM-V (APA, 2013) y su comparación con los del DSM-IV-TR (APA, 2002).

Una diferencia importante del DSM-V-TR respecto al DSM-V, es que en el DSM-V hay un capítulo específico con el nombre “Trastornos depresivos”, y se excluyen del mismo los trastornos bipolares. Estos últimos se presentan en un capítulo aparte que recibe el nombre de “Trastornos Bipolares y relacionados”.

De manera resumida, el capítulo de “Trastornos depresivos” incluye: el Trastorno disruptivo de la desregulación del estado de ánimo (nuevo en el DSM-V), el TDM (incluyendo el EDM), el Trastorno depresivo persistente (distimia) (que engloba el trastorno depresivo

crónico y la distimia del DSM-IV-TR), el Trastorno disfórico premenstrual (nuevo como entidad diagnóstica en el DMS-V), el Trastorno depresivo inducido por sustancia / medicamentos, el Trastorno depresivo debido a otra condición médica, Otros trastornos depresivo especificados y el Trastorno depresivo no especificado. Según lo define el DSM-V, la característica común de todos estos trastornos es la presencia de tristeza, humor vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad del individuo para funcionar. Lo que difiere entre ellos son temas de duración, cronología o etiología (APA, 2013).

Al igual que en el DSM-IV-TR, también en el DSM-V el “Trastorno depresivo mayor” (TDM) representa la condición clásica en este grupo de trastornos. También en este caso definen que se caracteriza por episodios discretos de una duración mínima de 2 semanas (aunque la mayoría de los episodios duran mucho más tiempo) que implican cambios claros en el afecto, la cognición, las funciones neurovegetativas y remisiones entre episodios. Se recalca que el diagnóstico basado en un sólo episodio es posible, aunque el trastorno en la mayoría de los casos lo constituyen episodios recurrentes. En el DSM-V se hace una delimitación más cuidadosa entre un EDM y de la tristeza normal o del duelo. En el DSM-IV-TR se excluye un EDM si los síntomas duran menos de 2 meses después del fallecimiento de un ser querido. Esta exclusión desaparece en el DSM-V. Entre las principales razones de la omisión de la misma está la evidencia disponible de que el duelo en la mayoría de los casos no dura sólo 2 meses sino de 1 a 2 años. Además, la pérdida se considera un factor de estrés psicosocial severo que puede precipitar un EDM en un individuo vulnerable. Cuando ocurren juntos, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor en comparación con los duelos que no se acompañan de un TDM. Se incrementa el riesgo de sufrir un trastorno complejo y persistente a causa del duelo, que se describe con criterios explícitos en la Sección III del DSM-V en el apartado de “Condiciones propuestas para estudio”. Se explica que para distinguir el duelo de un EDM, es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es la sensación de vacío y pérdida, mientras que en el EDM es el persistente estado de ánimo deprimido y la incapacidad para anticipar la felicidad o placer. La disforia en el duelo probablemente disminuirá en intensidad a lo largo de días y semanas y se produce con altibajos que suelen estar asociados a los pensamientos o recuerdos de la persona fallecida. El estado de ánimo deprimido del EDM es más persistente y no está atado a pensamientos o preocupaciones específicas. Además de esta cuidadosa separación entre el duelo y un EDM, en esta nueva edición, se añaden dos especificaciones del tipo de TDM a las ya existentes en el

DSM-IV-TR (con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, con síntomas psicóticos congruentes o no con el estado de ánimo, con catatonia, de inicio en el post-parto y con patrón estacional). Una de ellas es indicar si la persona presenta “angustia ansiosa” (*With anxious distress*), ya que altos niveles de ansiedad se asocian a un alto riesgo de suicidio, larga duración de los síntomas y poca respuesta al tratamiento. En consecuencia, es útil especificar dicha presencia de altos niveles de ansiedad para la planificación del tratamiento y la evaluación de la respuesta al mismo. La otra especificación es indicar si la persona presenta “características mixtas” (*With mixed features*), esto es, que la persona cumple algunos síntomas de manía o hipomanía pero sin llegar a cumplir todos los criterios, ya que si este fuera el caso pasaría a diagnosticarse de Trastorno bipolar I o II.

El DSM-V incluye un apartado específico con el nombre de “Factores de riesgo o pronóstico”. Los factores identificados como influyentes en el aumento del riesgo de que una persona padezca depresión son:

- El factor temperamental: El neuroticismo (afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el inicio del TDM. Los altos niveles de neuroticismo parece que vuelven a los individuos más propensos para el desarrollo de EDM como respuesta a eventos estresantes de la vida.
- Las experiencias infantiles adversas, sobre todo cuando hay múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un conjunto de potentes factores de riesgo para el TDM.
- Los acontecimientos vitales estresantes son bien reconocidos como precipitantes de EDM.
- La genética: Los familiares de primer grado de personas con TDM tienen un riesgo para padecer dicho trastorno de dos a cuatro veces más que la población general. La heredabilidad es aproximadamente de un 40% y el rasgo de personalidad del neuroticismo representa una parte sustancial de esta predisposición genética.
- Los modificadores del curso: Los EDM que se desarrollan en el contexto de otro trastorno (consumo de sustancias, ansiedad, trastorno límite de la personalidad) suele seguir un curso más refractario. Los síntomas depresivos pueden ocultar y retrasar el reconocimiento de los otros trastornos. Sin embargo, la mejoría clínica en los síntomas depresivos puede depender del tratamiento apropiado de las enfermedades

subyacentes. Las condiciones médicas crónicas (diabetes, obesidad mórbida, enfermedades cardiovasculares) o la inhabilitación también aumentan los riesgos para los EDM.

Además, en el DSM-V se incluyen también apartados específicos referidos a “Cuestiones de diagnóstico relacionadas con la cultura”, “Cuestiones de diagnóstico relacionadas con el género”, “Riesgo de suicidio” y “Consecuencias funcionales de un trastorno depresivo mayor”.

Centrándonos en otro de los cambios importantes, cabe mencionar, como se ha señalado anteriormente, la aparición del “Trastorno disruptivo de la desregulación del estado de ánimo”. Este diagnóstico ha sido añadido con el fin de abordar las preocupaciones sobre la posibilidad de que pueda producirse un sobrediagnóstico del trastorno bipolar en los niños. Esta nueva categoría diagnóstica hace referencia a niños con irritabilidad persistente y episodios frecuentes de descontrol conductual extremo. Su colocación en este capítulo refleja el hallazgo de que los niños con este patrón de síntomas suelen desarrollar trastornos depresivos unipolares o trastornos de ansiedad, en lugar de los trastornos bipolares, a medida que maduran en la adolescencia y la edad adulta.

Aparece también el diagnóstico de “Trastorno depresivo persistente (distimia)”. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-V, incluye las categorías de diagnóstico del DSM-IV-TR referidas al trastorno depresivo mayor crónico y a la distimia. Se trata, también en este caso, de una forma más crónica de depresión que puede ser diagnosticada cuando la perturbación del ánimo se mantiene durante al menos 2 años en adultos o 1 año en niños. Se señalan las mismas especificaciones que en la distimia del DSM-IV-TR, pero se añaden las especificaciones: “Con el síndrome distímico puro”, cuando no se han cumplido criterios completos para un EDM en los últimos 2 años; “Con episodio depresivo mayor persistente”, cuando si se han cumplido los criterios completos para un EDM durante el período de los 2 años anteriores; “Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual”, cuando los criterios completos para un EDM se cumplen en la actualidad, pero ha habido períodos de al menos 8 semanas en los últimos 2 años en los que los síntomas se encontraban por debajo del umbral para un EDM; “Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual” cuando los criterios completos para un EDM no se cumplen en la actualidad, pero ha habido uno o más EDM en los últimos 2 años.

Otro cambio a destacar es que, después de una revisión científica cuidadosa de la evidencia disponible, el “Trastorno disfórico premenstrual” ha pasado de estar situado en un apéndice del DSM-IV-TR, indicándose como uno de los trastornos depresivos no especificados ("Criterios y ejes propuestos para Estudio ") a la Sección II del DSM-V. Casi 20 años adicionales de investigación sobre esta enfermedad ha confirmado que existe una forma de tratamiento específica y eficaz para dicho trastorno depresivo que comienza en algún momento después de la ovulación y remite a los pocos días de la menstruación y tiene un marcado impacto en el funcionamiento de la mujer.

Finalmente, señalar la categoría de “Otros trastornos depresivos específicos” que aparece en el DSM-V. Esta categoría se aplica en aquellos casos en los que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad, pero no se cumplen todos los criterios para el diagnóstico de cualquiera de los trastornos depresivos. Se registra con el nombre de "otro trastorno depresivo especificado" seguido por la razón específica. Estos tres son los que se incluyen: depresión breve recurrente, episodio depresivo de corta duración (de 4 a 13 días) y episodio depresivo con síntomas insuficientes.

Es importante tener en cuenta que el diagnóstico es un punto de partida que nos ayuda a considerar la forma más adecuada de ayudar a una persona. Sin embargo, el diagnóstico de la depresión utilizando los tres factores mencionados anteriormente (gravedad, duración y curso), así como evaluando de qué subtipo de depresión se trata, sólo proporciona una descripción parcial de la experiencia individual de la depresión. Las personas con depresión varían en el patrón de síntomas que experimentan, su historia, su personalidad, sus dificultades premórbidas y sus problemas actuales relacionales y sociales. Todo esto afectará significativamente a los resultados y eficacia del tratamiento.

1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1.3.1. Incidencia y prevalencia

Se han realizado pocos estudios longitudinales sobre la incidencia de los trastornos mentales incluyendo la depresión mayor (Wang et al., 2010). El estudio longitudinal basado en población sobre los trastornos mentales más reciente, llevado a cabo en los Países Bajos, reportó una incidencia al año de la depresión mayor de 2,72% sobre la base de los criterios

DSM-III-R (Bijl, De Graaf, Ravelli, Smit y Vollebergh, 2002); la incidencia al año de la depresión mayor fue de 1,72% y de 3,90% en hombres y en mujeres, respectivamente (Bijl et al., 2002). Otro estudio muestra que la incidencia de este trastorno en la población es de 10 nuevos casos por cada 1.000 individuos a lo largo de un año (Murphy et al., 2002).

En cuanto a la prevalencia, la depresión mayor ha llegado a situarse en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes en la población general y uno de los más incapacitantes (Paykel, Brugha y Fryers, 2005).

Las estimaciones mundiales de la proporción de personas que son propensas a experimentar depresión en su vida varían mucho entre los estudios y escenarios, pero las mejores estimaciones se encuentran entre aproximadamente el 4 y 10% para la depresión mayor, y el 2,5 y 5% para la distimia (síntomas depresivos crónicos de bajo grado) (Waraich, Goldner, Somers y Hsu, 2004) con diferencias atribuibles a las diferencias reales entre los países y el método de evaluación.

En Europa occidental, se estima que entre un 5 y un 10% de la población general padece depresión mayor en algún momento de su vida, siendo la tercera causa de consulta en atención primaria de salud (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee y Meltzer, 2001). Paykel et al. (2005) consideran que uno de cada 40 adultos de la Unión Europea presenta sintomatología depresiva en algún momento de su vida, y uno de cada 20 durante unas pocas semanas al año.

El estudio epidemiológico ODIN (*Outcome of Depresión Internacional Network*) (Ayuso-Mateos et al., 2001), realizado en muestras aleatorias seleccionadas de la población general obtiene una prevalencia global de trastornos depresivos del 8,6%. Curiosamente, en dicha investigación, España parece encontrarse dentro de la categoría de baja prevalencia con una tasa promedio del 2,6% (1,7-4%), dato referido a una muestra de población urbana específica. No obstante, el *Comité para la Prevención y Tratamiento de la Depresión* estima que la patología depresiva afectaría a un 10% de la población adulta española (Sainz de Rozas, Ruiz-Clavijo y Díaz, 2004).

Según datos de otro estudio epidemiológico posterior: *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED) (Haro et al., 2006), llevado a cabo también en diferentes países europeos entre los que se encuentra España, la prevalencia de depresión en el último año se situó en el 4,0% en nuestro país, siendo la prevalencia a lo largo de toda la vida de un 10,5%. Resultados similares fueron encontrados en este mismo estudio para el conjunto de la

población europea (Alonso et al., 2004a), donde la prevalencia en los últimos 12 meses fue de un 3,9% y la prevalencia a lo largo de toda la vida de un 12,8%. Según la *Encuesta Nacional de Salud 2006* de España (<http://www.ine.es>), un 14,7% de personas mayores de edad padece depresión, ansiedad u otros trastornos mentales.

En España, la depresión tiene pues una amplia dispersión estadística que va de 5 a 20% de prevalencia en los distintos estudios llevados a cabo (Aragonés-Benaiges, 2005; Baca et al., 1999; Canals, Domenech, Carbajo y Blade, 1997; Gabarrón et al, 2002; López-Ibor et al., 2000; Polaino-Lorente, Mediano, Martínez y Arias, 1997; Vázquez-Barquero et al., 1987). En personas mayores de 64 años se ha hallado una prevalencia de 19,7% (Urbina, Flores, Torres y Torrubias, 2007). Se sabe además que el porcentaje de adolescentes con factores de riesgo en barrios marginales es alrededor de un 30/50% (Ezpeleta et al., 2007). La patología depresiva no es pues patrimonio exclusivo de la edad adulta. Varios estudios epidemiológicos señalan que en torno a un 2% de los niños (Birmaher et al., 1996; Lagges y Dunn, 2003) y alrededor de un 5% de los adolescentes (Domínguez y Torres, 1996; Shaffer, Fisher y Dulkan, 1996) sufren algún trastorno depresivo.

En el Reino Unido, la prevalencia puntual estimada para un episodio depresivo (F32/33, CIE-10; OMS, 1992) entre los 16 y 74 años de edad en el año 2000 fue del 2,6% (2,3% hombres, mujeres 2,8%), pero, si se incluía la categoría más amplia y menos específica de "depresión y ansiedad mixtas" (F41.2, CIE-10, OMS, 1992) estas cifras aumentaban al 11,4% (hombres 9,1%, mujeres 13,6%) (Singleton et al., 2001).

El panorama en EE.UU parece bastante similar al de Europa. En un estudio, Kessler et al. (2003) encontraron que la depresión mayor ha incrementado su prevalencia en ese país de un 6,6% a un 16,2%. Además, se sabe que muchos norteamericanos que padecen esta patología, buscan ayuda en otros ámbitos (como el religioso, o servicios sociales), y hasta un 15% acuden a las medicinas alternativas (Kessler et al., 2003).

Alrededor del 25% de las personas padecerá depresión en algún momento de su vida y de acuerdo con la OMS se espera que en el año 2020 alcance el segundo lugar del ranking de los *DALYs (Disability Adjusted Life Years)* sólo superada por la isquemia coronaria (*WHO Initiative Depression in Mental Health, 2010*). Además, también se estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030 (Mathers y Loncar, 2006). En octubre de 2012, la OMS celebró el 20 aniversario del Día Mundial de la

Salud Mental y calificó a la depresión de *crisis mundial* destacando que constituye la patología psíquica más prevalente a nivel mundial, afectando alrededor de 350 millones de personas de todas las edades, ingresos y nacionalidades (OMS, 2012). La OMS recalca además que a esto se suman los millones de personas (familiares, amigos, compañeros de trabajo) expuestas a los efectos indirectos de esta crisis de salud mundial insuficientemente reconocida (OMS, 2012).

Los datos informan pues que la depresión es uno de los trastornos de salud más común y limitante en la Unión Europea (Ayuso-Mateos et al., 2001; Kessler, 2007; McCracken, et al., 2006; Tylee, 2000; Wittchen y Jacobi, 2005) y en el resto del mundo (Murray y López, 1997).

Por otra parte, la prevalencia de la ideación suicida en el ESEMED (Bernal et al., 2007), es de un 7,8% en personas mayores de dieciocho años. Además se sabe que la depresión en la infancia y en la adolescencia también se asocia con un riesgo aumentado de conductas suicidas (Weissman et al., 1999).

En cuanto a la prevalencia de personas con depresión en atención primaria (AP) (Barrientos, Fritsch, Solis y Rojas, 2005) (en un reciente meta-análisis llevado a cabo con 41 estudios, N = 50.371) realizados en diferentes países, la prevalencia general de depresión en AP fue de 19,5% (Mitchell, Vaze y Rao, 2009). Sin embargo, un resultado a destacar en este trabajo fue la existencia de importantes diferencias entre las prevalencias de los países evaluados. En Europa, los resultados del estudio PREDICT, realizado en 6 países diferentes (Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y Holanda) utilizando entrevista diagnóstica y criterios DSM-IV, mostraron una prevalencia de depresión en las consultas de AP de un 12,2% (8,5% para varones y 13,9% para mujeres) (King et al., 2008). De nuevo, en este estudio se encontraron grandes diferencias entre los países evaluados, siendo la mayor prevalencia para varones en Reino Unido (12,7%) y para mujeres en España (18,4%), mientras que las más bajas fueron de 4,4% para varones y 6,5% para mujeres, ambas en Eslovenia (King et al., 2008). Si nos centramos de forma específica en estudios llevados a cabo en España en AP y realizados con población adulta, la prevalencia de depresión se ha situado en un rango entre el 9,6% y el 20,2%. Las diferencias en estas cifras responden principalmente a cuestiones metodológicas, como el método de evaluación utilizado (por ejemplo, si se utilizan medidas de autoinforme o entrevistas), el tipo de trastorno evaluado (por ejemplo, si se evalúan otros trastornos junto a la depresión mayor, como la distimia) o el tipo de diseño. Quizás, uno de los trabajos que mayores garantías metodológicas presenta, y también el más reciente, es el realizado por Serrano-Blanco et al. (2010). En él, se utilizó una amplia muestra de población adulta que fue

evaluada “cara a cara” por diferentes psicólogos previamente entrenados en el uso de la versión española de la SCID, una entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV. Los resultados mostraron una prevalencia de depresión en el último año del 9,6%. Por otra parte, la prevalencia en el último año para cualquier trastorno del estado de ánimo fue de 13,4%, y para cualquier otro trastorno mental fue de 31,2%. Sin embargo, este estudio se realizó sólo en consultas de AP de Cataluña, algo que dificulta la generalización de sus resultados al conjunto de España.

Por último, también cabe destacar que el número de visitas a los servicios de AP es significativamente mayor en aquellas personas que padecen una depresión (Aragonés, Piñol y Labad, 2007), un resultado consistente con otros estudios que han mostrado cómo la probabilidad de convertirse en visitantes frecuentes de los servicios de AP es mayor en aquellos pacientes con más sintomatología depresiva (Dowrick, Bellón y Gómez, 2000). En conjunto, estos resultados muestran que la prevalencia de depresión en las consultas de AP es muy superior a la esperada en el conjunto de la población general.

La prevalencia está unida a una serie de factores que pueden afectar de forma importante al número de casos de depresión. De las variables asociadas a una mayor prevalencia de depresión en AP, el sexo es la que más consistencia ha mostrado a lo largo de la literatura, teniendo las mujeres una mayor prevalencia en comparación con los hombres (Aragonés et al., 2004; Serrano-Blanco et al., 2010). Las tasas de prevalencia siempre han resultado ser entre 1,7 y 2,7 veces mayores en las mujeres que en los hombres (Burt y Stein, 2002), aunque en un estudio realizado en el Reino Unido (Waraich et al., 2004) los datos superiores en mujeres para un episodio de depresión se dio sólo en los menores de 35 años, mientras que para la ansiedad y la depresión mixtas fue en todo el rango de edad.

Además hay una serie de factores socioeconómicos que pueden afectar significativamente las tasas de prevalencia. En un estudio (Singleton et al., 2001) se comprobó que las personas con un episodio de depresión eran más propensas a estar desempleadas, pertenecer a clases sociales bajas, tener una menor función intelectual, no tener cualificaciones formales de educación, trasladarse tres o más veces en los últimos 2 años y vivir en un entorno urbano, frente a aquellas que no tenían “trastornos neuróticos” (depresivo o trastornos de ansiedad). Además, se observó que, en comparación con los adultos sin un “trastorno neurótico”, los que tenían un episodio depresivo o ansiedad y depresión mixta fueron más propensos, entre los 35 y 54 años, a separarse o divorciarse, vivir solos o con uno de sus progenitores. Este patrón se

mantuvo prácticamente similar entre hombres y mujeres (Singleton et al., 2001). En dicho estudio, no se encontraron efectos significativos de la condición étnica sobre las tasas de prevalencia de un episodio depresivo o de depresión y ansiedad mixtas. Otro estudio (Díaz, et al., 2006) ha identificado como variables sociales relacionadas con la aparición de un trastorno de depresión mayor: la separación matrimonial, el estatus de divorciado, la pertenencia a clases inferiores, la inadecuada situación económica, la inestabilidad laboral, las dificultades laborales o familiares y la falta de apoyo social.

La evidencia anterior, por lo tanto, apoya la opinión de que la prevalencia de depresión, varía en función del sexo, de los factores sociales y económicos (Ostler et al., 2001).

1.3.2. Curso

Los datos en relación al curso de la depresión indican que esta puede aparecer en cualquier época de la vida, siendo más frecuente entre los 18 y 44 años de edad (Zisook et al., 2007). El promedio de edad del primer episodio de depresión mayor se produce alrededor de los 27 años (Alonso et al., 2004a). Aunque éste puede ocurrir en cualquier momento desde la infancia hasta la edad adulta, una proporción sustancial de la gente tiene su primera depresión en la niñez o adolescencia (Fava y Kendler, 2000).

Como se ha señalado anteriormente, en torno a un 2% de los niños (Birmaher et al., 1996; Lagges y Dunn, 2003) y alrededor de un 5% de los adolescentes (Domínguez y Torres, 1996; Shaffer et al., 1996) sufren algún trastorno depresivo. En un importante estudio longitudinal (Weissman et al., 1999) se concluye que la depresión de aparición temprana habitualmente tiene su continuidad en la edad adulta, y se señala que la depresión juvenil también predice una patología más severa en la vida adulta. En 1997, el suicidio era la tercera causa de muerte entre los 10 y los 24 años (Hoyert, Kochanek y Murphy, 1999). Además, la depresión en la infancia y en la adolescencia también se asocia con un riesgo aumentado de conductas suicidas (Weissman et al., 1999), en particular si se acompaña de trastorno de conducta y de abuso de sustancias (Shaffer y Craft, 1999). Se observa que la depresión de aparición temprana tiene a menudo continuidad prediciendo en la edad adulta una patología más severa y convirtiéndose en un trastorno recurrente en más de la mitad de los casos (Kessler y Walters, 1998; Zeiss y Lewinsohn, 2000).

Un 50% de los pacientes que se recuperan de un primer episodio depresivo presentan, como mínimo, un nuevo episodio en los dos años siguientes a la recuperación (Angst, 1992). El riesgo de episodios depresivos parece incrementarse con el número de episodios previos (Goodwin y Ja-minson, 1990). Con el incremento de episodios, los intervalos libres de síntomas se acortan, y la calidad de vida decrece con cada nuevo episodio (Mintz, Arrude y Hwang, 1992). Por todo esto, los trastornos depresivos no constituyen únicamente un problema de salud mental, sino una patología que en la actualidad, cada vez más, tiende a ser percibida dentro de las enfermedades crónicas (Andrews, 2001; Wagner et al., 2001).

Aunque la depresión ha sido considerada como un trastorno que tenía un límite de tiempo, es decir, con una duración de 4 a 6 meses de promedio y con una recuperación completa posterior, ahora está claro que muchas veces la recuperación es incompleta y las recaídas son comunes. Un estudio de la OMS de los trastornos mentales en 14 centros en todo el mundo encontró que el 50% de los pacientes todavía tenían un diagnóstico de depresión un año más tarde (Simon, Goldberg, Von. y Ustün, 2002) y por lo menos 10% tenían depresión persistente o crónica (Kessler et al., 2003).

Alrededor de un 50% de las personas, a raíz de su primer EDM, pasan a tener, al menos, un episodio más (Kupfer, 1991) y, después de un segundo y tercer episodio, el riesgo de recaída se eleva a 70 y 90%, respectivamente (Kupfer, 1991). Así las perspectivas a largo plazo para los episodios recurrentes pueden ser bastante negativas, con muchos pacientes que experimentan síntomas durante numerosos años (Akiskal, 1986).

Las personas con depresión de inicio temprano (a los 20 años de edad o antes) y la depresión que ocurre en la vejez son mucho más vulnerables a la recaída (Giles, Jarrett, Biggs, Guzick y Rush, 1989; Mitchell y Subramaniam, 2005).

A veces, los episodios recurrentes de depresión siguen un patrón estacional que recibe el nombre de "trastorno afectivo estacional" (Rosenthal et al, 1984). Como se ha señalado anteriormente, el DSM-IV-TR incluye los criterios para un patrón estacional, mientras que en la CIE-10 sólo se dan los criterios provisionales en la versión de investigación. Aunque un patrón estacional puede aplicarse tanto a la depresión recurrente como al trastorno bipolar, parece más común en la depresión (Rodin y Thompson, 1997; Westrin y Lam, 2007), y es mucho más frecuente la depresión con patron estacional que se da en invierno que la depresión con patron estacional que se da en verano (Rodin y Thompson, 1997; Magnusson y Partonen, 2005). En la depresión con patrón estacional, la disminución de la actividad se presenta como

uno de los síntomas casi siempre presente junto con otros atípicos, como el aumento del sueño, el aumento de peso y el deseo imperioso de hidratos de carbono (Magnusson y Partonen, 2005). El inicio se reporta generalmente en la tercera década y es más común en los jóvenes (Rodin y Thompson, 1997; Magnusson y Partonen, 2005). Sin embargo, la validez del "trastorno afectivo estacional" ha sido poco aceptada en Europa y puede ser una forma extrema de un "rasgo estacional dimensional" en lugar de un diagnóstico específico (Kasper, Wehr, Bartko, Gaist y Rosenthal, 1989).

Como se ha explicado en el apartado de *Diagnóstico*, en el DSM-IV-TR, además de especificar si se da dicho patrón estacional, se tiene que especificar si se ha dado con y sin recuperación inter-episódica o si se trata de un episodio crónico.

Es importante señalar que algunos pacientes con trastornos del estado de ánimo no estacionales también informan de variación estacional (Bauer y Dunner, 1993) y esto ocurre también en otros trastornos tales como los trastornos de ansiedad y los trastornos de la alimentación (Bauer y Dunner, 1993; Magnusson y Partonen, 2005). Se sabe que después de 5 a 11 años de seguimiento, aproximadamente la mitad de los pacientes con episodios depresivos continuos ya no muestran un patrón estacional (Magnusson y Partonen, 2005).

Otros estudios (Kovacs, 1996) han encontrado que hasta el 10% de las personas con depresión subsecuentemente experimentan episodios hipomaníacos/maníacos lo que enfatiza la necesidad de preguntar a los pacientes sobre una historia del estado de ánimo elevado y estar alerta ante nuevos episodios que ocurren.

Los datos anteriores ofrecen información relevante sobre la complejidad de la depresión y la variabilidad en su curso entre las personas que la padecen.

1.3.3. Comorbilidad

En cuanto a los datos de comorbilidad, se sabe que hay una alta tasa de comorbilidad (oscilando del 40 al 80 %) entre los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad (Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, 2005; Olatunji, Cisler y Tolin, 2010). De hecho, recientemente, ha surgido evidencia acerca de la existencia de un solapamiento de las estructuras latentes y las características clínicas de ambos trastornos conformando los denominados Trastornos Emocionales (TE) (Wilamowska et al., 2010).

Actualmente, la depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental más frecuentes y más relevantes, por lo que es frecuente que coexistan en los mismos pacientes, con otros trastornos del espectro de las neurosis (De Waal, Arnold, Eekhof y Van Hemert, 2004; Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, Löwe, 2007; Vuorilehto, Melartin y Isometsa, 2005).

Se ha confirmado en diversos estudios, la mayoría multicéntricos (Andrews, Headerson y Hall, 2001; Brown, Schulberg, Madonia, Shear y Houck, 1996; Gilvarry, 2000; Sartorius, Üstun, Lecrubier y Wittchen, 1996) esta elevada frecuencia de comorbilidad psiquiátrica entre trastornos depresivos y de ansiedad, así como con los trastornos de personalidad. Se sabe que el 41,7% de las personas con un trastorno depresivo sufre un trastorno de ansiedad o un trastorno por consumo de alcohol (Alonso et al., 2004b). A continuación se va a explicar la comorbilidad en cada uno de ellos:

Centrándonos específicamente en los trastornos de ansiedad, importantes estudios norteamericanos, NCS (*National Comorbidity Study*) (Kessler et al., 1996) y *Epidemiologic Catchment Area* (Andrade, Eaton y Chicoat, 1994), han puesto de manifiesto cifras altas de comorbilidad. Entre un 40 y un 80% de los pacientes con trastorno de pánico (TP) presentan depresión mayor y un 49% de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) presentaban una depresión. Se detectó que los índices de comorbilidad más consistentes se encontraron entre el TDM y los trastornos de angustia y de ansiedad generalizada (Kessler et al., 1996).

A estas mismas conclusiones llega el trabajo de Aragonès, Lluís y Labad (2009) sobre la comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en atención primaria. En este estudio se observó que sólo el 26,2% de los pacientes deprimidos (N=104) no presentaba comorbilidad con otros trastornos. En el 45,7% de los pacientes que presentaban el TDM, éste coexistía con otro trastorno mental, en el 19,9% coexistían dos trastornos mentales más y en el 8,3% tres trastornos mentales o más. El trastorno que presentó mayor comorbilidad con la depresión fue el TAG, presente en el 55,2% de los deprimidos. Le siguió el TP, presente en el 33,8% de las personas deprimidas, la distimia que la presentaban el 15,7% de los casos y en último lugar se situó el trastorno de somatización presente en el 6,6% de las personas con depresión. Se constató además que en estos grupos de pacientes que presentaban comorbilidad con otros trastornos, la depresión fue más severa, había mayores proporciones de pacientes con historia previa de depresión, un porcentaje creciente de pacientes con ideación suicida y el impacto funcional era mayor (Aragonès et al., 2009). No se

constataron diferencias en otras características clínicas del paciente (comorbilidad orgánica, tiempo de evolución del episodio o expresión clínica somatizada) (Aragonès et al., 2009). En cuanto a las características de los pacientes en relación a la comorbilidad, se encontró que son más jóvenes y en estos grupos se acentúa la desproporción mujer: varón. En concreto, en los casos con comorbilidad es superior a 9:1, mientras que en los pacientes que presentan solamente depresión mayor el cociente es de alrededor de 3:1 (Aragonès et al., 2009).

Se ha estudiado también la comorbilidad con otros trastornos mentales. En referencia a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han observado tasas altas de comorbilidad (del 50 al 75 % de los casos) con la depresión mayor o distimia en pacientes que buscan tratamiento en centros psiquiátricos de atención terciaria (Chinchilla, 2001). Se sabe que más del 60% de las pacientes anoréxicas cumplen criterios de depresión en algún momento de su evolución, aunque en muchas ocasiones, los síntomas depresivos aparecen durante el año que sigue al inicio del TCA (Campos y Martínez-Larrea, 2002). Un estudio encontró que entre las pacientes que en alguna ocasión habían mostrado conductas de purga había un mayor índice de episodios depresivos mayores (96%) que en las puramente restrictivas (66%) (Geist, Davis y Heiman, 1998). Además se sabe que esta comorbilidad aumenta el riesgo de autoagresión y de ideación suicida, ya que el 40% de las pacientes que presentan ambos diagnósticos se autoagreden o verbalizan ideas de suicidio, llevándolas a cabo el 20% de ellas (Favaro, 1997). También existe una fuerte asociación entre la bulimia nerviosa y los síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteraciones del sueño e ideación autolítica). Aunque tanto en la anorexia como en la bulimia existe debate en torno a si estos síntomas depresivos son o no específicos de un trastorno afectivo, o si, por el contrario, son secundarios al TCA (Campos y Martínez-Larrea, 2002).

En cuanto a la comorbilidad con el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) diversos estudios han detectado que el 85% presentaban un estado depresivo, aunque sólo un 27% cumplían criterios diagnósticos de trastorno depresivo, observándose que en el momento del diagnóstico, la tercera parte de los pacientes presentaban depresión mayor. Si se considera que los trastornos depresivos secundarios son más frecuentes que los primarios, las tasas de comorbilidad están próximas al 57% (Vallejo, 2002).

La comorbilidad del abuso y dependencia de alcohol y la depresión es un hecho bien establecido y de elevada trascendencia (Campos y Martínez-Larrea, 2002). En los estudios norteamericanos *Epidemiologic Catchment Area* (Andrade et al., 1994), y NCS (Kessler et al.,

1996), citados anteriormente, detectaron la existencia de un trastorno afectivo en el 13,4% de los pacientes alcohólicos y una tasa casi dos veces mayor a la prevalencia esperada. En cuanto a la prevalencia de los síntomas depresivos en la dependencia de alcohol, las tasas oscilan del 30 al 89% (Santodomingo y Rubio, 2000). Además, es posible que exista un subgrupo de pacientes donde esta comorbilidad entre alcoholismo y depresión sea más intensa, estando relacionada con marcadores genéticos o con factores psicológicos (Campos y Martínez-Larrea, 2002), pues se sabe que existe una mayor prevalencia de depresión y alcoholismo en los familiares de primer grado de estos pacientes que presentan dicha comorbilidad (Kasperowicz-Dabrowiecka y Rybakowski, 2001).

En cuanto a la comorbilidad con el consumo de sustancias en el *Epidemiologic Catchment Area* (Andrade et al., 1994) se vio que el 26,4% de sujetos que presentaban un trastorno relacionado con drogas padecían también un trastorno afectivo (ansiedad o depresión) (Andrade et al., 1994). Dicha comorbilidad se asocia a un riesgo elevado de suicidio y una resistencia a los tratamientos farmacológicos. Entre los adolescentes con abuso de sustancias, el 76% sufren trastornos afectivos (ansiedad y depresión) y graves alteraciones de conducta, frente al 20% en la población juvenil no consumidora de sustancias (Kandel et al., 1999).

El trabajo de Serrano-Blanco et al. (2010) también corrobora el hecho de que una de las variables comúnmente asociada a la depresión ha sido, además de la presencia de otros problemas psicológicos ya mencionados, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Los trastornos depresivos también se caracterizan por un alto índice de comorbilidad con otras patologías físicas y/o somáticas (Caballero et al., 2008). Se sabe que los pacientes con trastornos somáticos funcionales (dorsalgias, vértigos, acúfenos, intestino irritable), presentan significativamente una mayor prevalencia de depresión mayor que los sujetos control (Mergl et al., 2007). La depresión presenta por tanto comorbilidad con enfermedades orgánicas, sobre todo de carácter crónico (Aragonès et al., 2007; Lobo et al., 2007). La prevalencia de los pacientes con enfermedad física crónica que presenta un trastorno depresivo se ha llegado a situar entre un 9,3% y un 23,0% (Moussavi et al., 2007). A este respecto, la probabilidad de padecer un problema de dolor crónico o un problema gastrointestinal fue 2,6 y 2,1 veces mayor (respectivamente) en personas con depresión en el estudio de Serrano- Blanco et al. (2010).

Por tanto, vemos que la depresión no suele aparecer como un problema aislado, sino que comúnmente las personas deprimidas presentarán otros problemas psicológicos y/o físicos.

Por último, es importante destacar que la comorbilidad psiquiátrica de la depresión conlleva un peor pronóstico, esto es, mayores probabilidades de resistencia al tratamiento y de recurrencia. A esto se suma un mayor riesgo de suicidio, mayores dificultades en el manejo clínico, así como una mayor utilización de recursos sanitarios (Aragonès et al., 2009).

1.3.4. Diagnóstico diferencial

En cuanto al diagnóstico diferencial según los sistemas de clasificación DSM-IV-TR (APA, 2002) y la reciente edición DSM-V (APA, 2013) hay que tener en cuenta:

Los episodios maníacos o hipomaníacos con estado de ánimo irritable o episodios mixtos. Un EDM con predominante estado de ánimo irritable puede ser difícil de distinguir de los episodios de manía con estado de ánimo irritable o de episodios mixtos. Esta distinción requiere una evaluación clínica cuidadosa de la presencia de los síntomas maníacos.

Los trastornos del estado de ánimo debidos a una condición médica. Un TDM es un diagnóstico apropiado si la alteración del estado de ánimo no es debida directamente a una consecuencia fisiopatológica o a una condición médica específica (por ejemplo, esclerosis múltiple, derrame cerebral, hipotiroidismo). Es importante, si es el caso, descartar que se pueda deber a una condición médica con un examen físico y pruebas de laboratorio.

El trastorno depresivo mayor inducido por sustancias/medicamentos. Este trastorno se caracteriza por el hecho de que una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento, una toxina, etc.) parece estar relacionada etiológicamente con la alteración del estado de ánimo. Por ejemplo, una persona que tiene un estado de ánimo deprimido sólo en el contexto de la abstinencia de la cocaína tendría que ser diagnosticada de un trastorno depresivo inducido por la cocaína.

El trastorno por déficit de atención/ hiperactividad. La distracción y la baja tolerancia a la frustración puede ocurrir tanto por déficit de atención / hiperactividad como en un TDM. Si se cumplen los criterios para ambos trastornos, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad puede diagnosticarse además del trastorno del estado de ánimo. Sin

embargo, el clínico debe tener cuidado de no sobrediagnosticar un TDM en niños con trastorno de déficit de atención cuya alteración en el estado de ánimo se caracteriza por irritabilidad en lugar de tristeza o pérdida de interés.

El trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido. Un TDM que se produce en respuesta a un estresor psicosocial se distingue del trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido por el hecho de que en un trastorno adaptativo no se cumplen todos los criterios para un TDM.

El trastorno distímico. El trastorno distímico y el TDM se distinguen en base a la gravedad, la cronicidad y la persistencia. En el TDM el estado de ánimo depresivo debe estar presente la mayor parte del día, casi cada día, durante un período de al menos 2 semanas, mientras que en el trastorno distímico debe estar presente la mayoría de los días a lo largo de un período de al menos 2 años. El diagnóstico diferencial entre el trastorno distímico y el TDM resulta especialmente difícil por el hecho de que los dos trastornos comparten síntomas parecidos y porque sus diferencias en cuanto al inicio, la duración, la persistencia y la gravedad no son fáciles de evaluar retrospectivamente. El TDM suele consistir en uno o más episodios depresivos mayores separados, que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que el trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años.

El trastorno esquizoafectivo. El trastorno esquizoafectivo difiere del TDM con síntomas psicóticos, por la exigencia de que en el trastorno esquizoafectivo tiene que haber al menos 2 semanas de ideas delirantes o alucinaciones que aparezcan en ausencia de síntomas afectivos acusados. Puede haber síntomas depresivos durante la esquizofrenia, el trastorno delirante y el trastorno psicótico no especificado. En la mayoría de los casos estos síntomas depresivos pueden considerarse características asociadas a estos trastornos y no son tributarios de un diagnóstico independiente. No obstante, puede realizarse un diagnóstico de trastorno depresivo no especificado adicional al diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado cuando los síntomas depresivos cumplan los criterios completos para un TDM (o cuando son de especial significación clínica). La esquizofrenia, tipo catatónico, puede ser difícil de diferenciar de un trastorno depresivo mayor con síntomas catatónicos. Los antecedentes personales y familiares son útiles a la hora de hacer esta distinción.

La demencia. Por último cabe destacar que en los ancianos suele ser difícil determinar si los síntomas cognoscitivos (desorientación, apatía, dificultades de concentración, pérdida de memoria, etc.) son atribuibles a una demencia o a un TDM. El diagnóstico diferencial puede basarse en una evaluación médica general completa y en la consideración del inicio de la alteración, la secuencia temporal de los síntomas depresivos y cognoscitivos, el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. El estado premórbido del sujeto puede ayudar a diferenciar un TDM de una demencia. En la demencia suele haber una historia premórbida de deterioro de las funciones cognoscitivas, mientras que el sujeto con un TDM es mucho más probable que tenga un estado premórbido relativamente normal y un deterioro cognoscitivo brusco asociado a la depresión.

1.4. MODELOS EXPLICATIVOS

La depresión es un problema caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

1.4.1. Explicaciones conductuales de la depresión

Existen varios modelos conductuales de la depresión (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989; Antonuccio, Danton y Denelsky, 1995; Beckham y Leber, 1995; Beutler, Clarkin y Bongar 2000; Docherty y Streeter, 1993): la disminución del refuerzo positivo (Lewinsohn, 1974, 1975) y su reformulación (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985), la indefensión aprendida (Seligman, 1975), el autocontrol (Rehm, 1977), la solución de problemas (Nezu, 1987), el modelo de McLean (1982), el modelo de Wolpe (1979), el modelo de Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981), la Activación Conductual (Pérez Álvarez, 2007).

Dado el amplio número de enfoques conductuales se expondrán los más relevantes.

1.4.1.1. La disminución del refuerzo positivo

Esta teoría fue formulada por Lewinsohn (1975). Defiende que la depresión puede ser el resultado de la pérdida o reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente (Lewinsohn, Youngren y Grosscup, 1979). Los fenómenos psicopatológicos primarios en esta patología serían el estado de ánimo deprimido y la reducción del número de conductas, ambos provocados por un reforzamiento insuficiente del ambiente. Los autores consideran que para que se produzca una depresión deberían presentarse las siguientes condiciones, bien conjuntamente o bien de forma aislada: (a) que no existan reforzadores en el ambiente, (b) que el sujeto no posea habilidades sociales para obtener refuerzo, y (c) que el sujeto no perciba los reforzadores aunque éstos existan en el ambiente. Lewinsohn (1975) sostiene que la mejor manera de concebir la depresión es ver en ella el resultado de un índice bajo de refuerzo dependiente de la respuesta. Su modelo descansa en tres suposiciones fundamentales (Lewinson et al., 1979):

1. La sensación de depresión y de algunos síntomas del síndrome clínico pueden presentarse cuando la conducta recibe pocos refuerzos. Es decir, el índice bajo de refuerzo positivo dependiente de la respuesta, es una condición que provoca una conducta depresiva (que puede estar representada por fatiga y tristeza).

2. Esta mínima dosis de refuerzos positivos, la conducen a disminuir aún más la dosis de actividad, por lo tanto los refuerzos se vuelven aún más escasos. Es decir, el índice bajo de refuerzo positivo es suficiente para explicar la escasa frecuencia de conducta que se aprecia durante la depresión; en efecto, la persona deprimida sigue un programa de extinción de la conducta, prolongado.

3. La cantidad obtenida de refuerzos positivos está en función de tres conjuntos de variables: a) el número de refuerzos potenciales disponibles para un individuo con base en sus características personales como por ejemplo edad, sexo, y atractivo para los demás, b) el número de refuerzos potenciales con relación al ambiente en que se encuentra la persona como el estar en su casa y no aislada en la cárcel, por ejemplo, y c) el repertorio de conductas de la persona que pueden ser reforzadas como por ejemplo aptitudes vocacionales y sociales.

Vemos pues que un nivel bajo de reforzamiento positivo reduce todavía más las actividades y la manifestación de actividades que pueden ser recompensadas formando un círculo vicioso.

Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados (Lewinsohn et al., 1985) planteando en este nuevo modelo integrativo que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997). Mientras que los factores situacionales son importantes como “desencadenantes” del proceso depresivo, los factores cognitivos lo son como “moderadores” de los efectos del ambiente. Por lo que se consideran también los aspectos cognitivos implicados en el proceso de aprendizaje (Vallejo, 2012).

En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc. (Lewinsohn et al., 1985).

La nueva teoría, además de incluir dicho fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, incluye la formulación de una serie de factores de vulnerabilidad y de protección, que podrían afectar a las distintas conexiones causales en el modelo general. Por tanto, Lewinsohn et al. (1985), propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. A su vez, también plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): presencia de buenos recursos y habilidades de aprendizaje, capacidad de iniciativa, competencia social auto-percibida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social (Lewinsohn et al., 1985).

1.4.1.2. La indefensión aprendida

La indefensión aprendida (*learned helplessness*), es un trastorno psicológico caracterizado por una involución en el aprendizaje causada por la actuación impredecible de un estímulo aversivo sobre el individuo, sin disponer éste de un mecanismo para escapar o evitar dicho estímulo (Seligman, 1975).

En otras palabras, este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

Esta hipótesis proviene de experimentos clásicos con perros, a los cuales, primero se les presentó un estímulo nocivo, en éste caso un choque eléctrico del cual no podían escapar. Al principio del experimento los animales empezaron a luchar para huir. Sin embargo, finalmente cesaron en su intento de huir, adoptando un comportamiento pasivo y siguieron soportando el choque e incluso después, cuando era posible ya evitarlo, no hicieron nada y se mostraron indefensos (Seligman, 1975). De los resultados de estos experimentos se extrajeron conclusiones en cuanto a la indefensión aprendida, que ocurre cuando se da una independencia entre las respuestas y los refuerzos. Las personas deprimidas piensan que no tienen control sobre lo que les rodea y, por lo tanto, soportan con pasividad los problemas que en realidad tienen solución, pues habitualmente creen que no tienen otra alternativa (Seligman, 1975).

Seligman y su equipo estudiaron la relación entre el aprendizaje instrumental y el temor condicionado. Así, ellos demostraron comportamientos que explicaban la aparición de la depresión, entre los cuales se encuentra dicha indefensión aprendida (Seligman, 1975; Maier y Seligman, 1976). Por tanto, formularon la hipótesis de que un estado de indefensión aprendida contribuye a la aparición de la depresión en los seres humanos (Miller y Seligman, 1975).

Otra de las explicaciones que Seligman propone como posible relación entre la indefensión aprendida y la depresión es que en ambas, la apatía y la pasividad son síntomas conductuales. Además, los individuos muestran estas manifestaciones como respuesta a experiencias previas en las que se sintieron impotentes para controlar los eventos que les ocurrían (Miller y Seligman, 1975).

1.4.1.3. El autocontrol

En la teoría del entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm (1977), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Por tanto, Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno.

Supone un enfoque centrado en la valoración del propio comportamiento y en la capacidad de la persona para ser su propia fuente de refuerzo (Vallejo, 2012). Este modelo establece que una persona deprimida presenta las siguientes tendencias en cada una de las fases del autocontrol (Vallejo, 2012):

- En la auto-observación: Una persona vulnerable a la depresión tiene una tendencia a fijar su atención en aspectos negativos de su comportamiento. Además no se centra en las consecuencias a largo plazo sino en las consecuencias inmediatas.
- En la auto-evaluación de su comportamiento: Una persona vulnerable a la depresión utiliza criterios muy difíciles de alcanzar y rigurosos. Esto hace que el resultado de su evaluación sea negativo. Además realiza errores de auto-atribución que le hacen mucho más vulnerable a la depresión.
- En el auto-refuerzo: La persona deprimida no suele fijarse en los aspectos adecuados de su ejecución como consecuencia de las tendencias de auto-observación y auto-evaluación referidas anteriormente. Esto le lleva a no administrarse auto-refuerzo o hacerlo de manera insuficiente. En cambio, suele administrarse castigos excesivos, pues se centra en sus errores y defectos.

En definitiva, los individuos deprimidos tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada (Rehm, 1977).

El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de los siguientes factores: consecución progresiva de la meta, auto-refuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que a causa del déficit de estrategias de

autocontrol, además de sesgos cognitivos disfuncionales, los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia en las personas que padecen una depresión (Rehm, 1977).

1.4.1.4. La solución de problemas

Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987; Nezu, Nezu y Perri, 1989) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la misma en un individuo hace referencia a los déficits o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas.

Sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión (Nezu y Ronan, 1985). De modo más específico, Nezu (1987) señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación.

Por tanto, la capacidad de solucionar los problemas de manera eficaz podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Es decir, los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión. El comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto (Nezu, 1987).

1.4.1.5. La Activación Conductual

La aportación más reciente al estudio y conceptualización de la depresión es la Activación Conductual (AC) (Vallejo, 2012). En la década de los 90 surgió la idea de que la AC podía ser un elemento clave para explicar el abordaje terapéutico de la depresión (Jacobson et al., 1996). Se llevó a cabo un estudio para determinar la eficacia de la terapia cognitiva de Beck (Jacobson et

al., 1996). El resultado más relevante de este estudio fue que la AC por si sola resultó tan eficaz como la terapia cognitiva completa (AC, modificación de pensamientos y modificación de esquemas). A la luz de este resultado, estos autores se replantearon la consideración de dicho componente de la terapia cognitiva como una terapia propiamente dicha y enmarcada desde una perspectiva contextual (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).

Estos autores consideran la depresión como una interacción entre diferentes aspectos contextuales (Pérez Álvarez, 2007). Es decir, en determinadas situaciones (pérdida, estrés interpersonal, etc.) en las que suele darse una disminución de los reforzadores o alicientes de vida, la persona responde con conductas de evitación o inactividad. Esto hace que aparezcan los síntomas depresivos y contribuye, además, al mantenimiento de los mismos por lo que perpetúan el problema depresivo.

La depresión no se considera algo que la persona tiene (una enfermedad) sino una situación negativa o sin alicientes en la que se encuentra inmersa (Vallejo, 2012). En estas circunstancias, como se ha mencionado antes, la persona actúa de una forma evitativa (con inactividad y aislamiento). Estas conductas evitativas, llamadas en el modelo problemas secundarios, son un elemento muy importante en la situación depresiva pues contribuyen a generar el círculo vicioso que propicia y mantiene el problema depresivo, llegando los autores a afirmar que la depresión, en su conjunto, es toda una forma de evitación (Lewinshon y Libet, 1972; Lewinsohn y Talkington, 1979; Martell, Addis y Jacobson, 2001; Pérez Álvarez, 2007).

1.4.2. Explicaciones cognitivas de la depresión

Las teorías cognitivas consideran que la interpretación del sujeto acerca de un determinado acontecimiento es más importante que el acontecimiento en sí mismo, por lo que hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los acontecimientos puede dar lugar a un trastorno depresivo (Vázquez, Hervás y Romero, 2010).

La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), explicado en el apartado anterior y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión. Ambas tratan de explicar la depresión desde una perspectiva cognitiva y de vulnerabilidad-estrés. En consecuencia, tanto la perspectiva de Beck como la de Abramson se sustentan en un modelo etiopatogénico de vulnerabilidad-estrés (Just, Abramson y Alloy, 2001), según el cual, los individuos que exhiben

vulnerabilidad cognitiva (auto-esquemas disfuncionales en la teoría de Beck, y estilo atribucional depresógeno en la de Abramson) son más propensos a desarrollar síntomas depresivos cuando experimentan acontecimientos vitales estresantes; sin embargo, en ausencia de tales acontecimientos estresantes, esas personas no tendrían un riesgo mayor de depresión que los no vulnerables. Por tanto, se asume que los factores cognitivos de vulnerabilidad necesitan de alguna manera ser “activados” por los acontecimientos estresantes para producir depresión.

También merece atención en este apartado la teoría cognitiva de Ellis (1962) que pone, igual que las dos anteriores, el énfasis en la cognición. Este autor considera que el núcleo de su teoría está basado en el hecho de que las personas no se alteran por las situaciones que viven, sino por lo que piensan acerca de las mismas.

A continuación se explican con detalle las tres teorías:

1.4.2.1. Reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida

Seligman y sus colaboradores modificaron la teoría de la indefensión aprendida y desarrollaron su “formulación revisada”: *Teoría de la atribución* (Abramson et al., 1978, Peterson y Seligman 1984).

Como se ha explicado anteriormente en la teoría de la indefensión aprendida, Seligman (1975) concluyó que cuando el sujeto aprende que las consecuencias negativas del medio se producen independientemente de su conducta y sin contingencia con los reforzadores positivos, se desarrolla un patrón depresivo.

Abramson y su equipo (1978) completaron los planteamientos de Seligman a través de la *Teoría de la atribución*. Esta última añade a la teoría de la indefensión aprendida el papel de las atribuciones, es decir, la explicación que la gente da a las cosas que suceden. Así, en la indefensión aprendida la exposición a situaciones que inducen indefensión, conduce a los individuos deprimidos a atribuir los problemas a una falta de recursos personales. Para Abramson et al. (1978) cuando ocurren causas incontrolables las personas atribuimos las causas a tres categorías dicotómicas: interna-externa, global-específica y estable-inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Abramson et al., 1978). Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos

negativos a factores internos (es decir, a uno mismo: “es culpa mía”), estables (es decir, irreversibles: “siempre me ocurre lo mismo, y siempre me sucederá lo mismo”) y globales (es decir, que lo abarcan todo: “todo lo que me ocurre es malo”) (Peterson, Maier y Seligman, 1993). Las personas que piensan así presentan un estilo atribucional depresógeno que las hace más vulnerable a desarrollar una depresión (Sanjuán, 1999).

En resumen, el factor de vulnerabilidad sería la presencia latente de un estilo atribucional depresivo caracterizado por la tendencia a: a) realizar atribuciones globales y estables sobre acontecimientos negativos; b) atribuir los sucesos positivos a causas externas, específicas e inestables; c) inferir consecuencias negativas de dichos acontecimientos; y, d) inferir características personales negativas ante la ocurrencia de dichos acontecimientos (Peterson, et al., 1993).

El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Las personas que no están deprimidas, logran por tanto atribuir los problemas a situaciones que no están en sus manos, considerando que son temporales y pensando que son específicos ante una determinada situación. Abramson et al. (1978) también señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

La caracterización del estilo atribucional y su relación con la depresión ha llevado a delimitar la desesperanza como un factor de riesgo fundamental, incluso como agente causal (Vallejo, 2012). De esta manera, el manejo de determinados sucesos negativos con la desesperanza, llevaría a la depresión (Vallejo, 2012).

1.4.2.2. La teoría cognitiva de Ellis

En 1956 Albert Ellis inicia una nueva corriente con el nombre de Terapia Racional Emotiva (TRE) tras llegar a la conclusión de que el psicoanálisis y el conductismo resultaban insuficientes. Es decir, Ellis consideraba que ignorando el papel que juega el pensamiento en la perturbación emocional, tal como hacían el psicoanálisis y las teorías del comportamiento, no se podía explicar cómo los seres humanos originalmente se perturbaban y cómo se mantenían

en ese estado. A partir de 1994 la TRE se denomina Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC).

Esta teoría explica que no son los hechos o acciones por sí mismos los que nos perturban sino los juicios que hacemos de ellos a partir de nuestras creencias arraigadas. Esta premisa se explica y se entiende a través del esquema ABC desarrollado por Ellis (1962) en el que "A" representa los activadores, "B" las creencias y "C" las consecuencias. Ellis destaca en su modelo que entre la A y la C siempre está la B Ellis (1962). A continuación se presenta una explicación de cada uno de estos puntos:

"A" (Activating Event): representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.) en el pasado o en el presente.

"B" (Belief System): representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.

Aceptando que las personas tienden a dirigirse hacia sus metas, lo racional en la teoría TREC es lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos y lo irracional es lo que se lo impide (Ellis y Dryden, 1987).

Las creencias irracionales se caracterizan por su rigidez y total intolerancia a la frustración. Pueden estar dirigidas hacia uno mismo (demandas sobre uno mismo), hacia los otros (demandas sobre los otros) o hacia el mundo en general (demandas sobre el mundo). Por ejemplo: "Yo debo tener éxito", "Tú debes amarme" o "La vida debe ser fácil". Estas actitudes demandantes absolutistas conducen a las emociones (o conductas) disfuncionales o auto-saboteadoras, que caracterizan a los pacientes deprimidos (Ellis y Dryden, 1987).

"C" (Consequence): representa la consecuencia o reacción ante A. Las C pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones). Estas reacciones ante el evento activador vienen mediadas por el sistema de creencias.

Más recientemente se incorporaron al modelo las letras "D", referida a los argumentos en que rebaten las creencias irracionales y "E", referida a los nuevos efectos, emociones y

comportamientos más eficaces que resultan de un pensamiento más razonable sobre el evento original (Ellis, 1998, 2003; Ellis y Dryden, 1987).

Actualmente, en este modelo las relaciones se consideran más complejas que en el esquema original del ABC, estando todos los elementos relacionados. Se sabe que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales, pero el modelo original es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos (Ellis, 1994). En la actualidad se reconoce una múltiple interacción e influencias entre "C", "B" y "A". Se acepta que el tinte emotivo ("C") en parte modifica y determina los esquemas utilizados y consiguientes distorsiones cognitivas ("B") para la construcción de "A". También las emociones y conductas modifican directamente las situaciones. Además, existen estímulos ("A") que en un primer instante generan una respuesta condicionada ("C") que después puede ser procesada por el sistema cognitivo (Ellis y Abrahms, 2005).

Por tanto, de acuerdo a la teoría cognitiva de Ellis y su TREC, la persona tiene que darse cuenta y aceptar que sus crisis emocionales o conductuales están siendo causadas por sus creencias irracionales. El objetivo es que logre sustituir su filosofía auto-saboteadora por una filosofía más racional hacia el evento que considera problemático, aunque este continúe estando presente (Ellis y Abrahms, 2005). Lo que cambia no es la situación sino la forma de asimilarla. Además, las técnicas emotivas se dirigen a modificar los sentimientos y emociones que experimenta la persona ante las circunstancias problemáticas, cambiando las emociones negativas y positivas inapropiadas (disfuncionales o perturbadas) por emociones negativas y positivas apropiadas (funcionales o no perturbadas) (Ellis y Abrahms, 2005). Las técnicas conductuales, se aplican con la intención de que la persona realice actividades que considera problemáticas, arriesgadas, frustrantes, terribles o para las cuales no se considera apto (Ellis y Abrahms, 2005).

Se anima al paciente a continuar practicando las técnicas que aprende hasta que las emociones apropiadas reemplacen a las inapropiadas y las creencias racionales sustituyan a las creencias irracionales como filosofía de vida.

1.4.2.3. Teoría cognitiva de Beck

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979), según la cual la depresión es, en gran medida, el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas: La *cognición* se refiere al proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales; El *contenido cognitivo* es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; Los *esquemas* son creencias centrales que sirven para procesar la información procedente del medio. Beck et al. (1979) postulan que la vulnerabilidad a padecer depresión depende de la existencia de esquemas cognitivos distorsionados que contienen actitudes negativas sobre temáticas de pérdida, inadecuación, fracaso, etc. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con otras personas significativas (Beck et al. (1979).

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro, como se explicará después; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) los errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) la disfunción en los esquemas.

Cuando los esquemas cognitivos (que están en estado latente) son activados por estresores vitales, se manifiestan en forma de *pensamientos automáticos* de tipo negativo sobre uno mismo (“soy un inútil”), el mundo (“todos son malos”) y el futuro (“la vida es un sufrimiento”). Estos tres tipos de distorsiones cognitivas fueron acuñados con el término de *tríada cognitiva negativa* (Beck et al., 1979). El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas irresolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los *pensamientos automáticos negativos* son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son automáticos, ya que el paciente no se da cuenta de su aparición o de su proceso de

interpretación, además son repetitivos, involuntarios e incontrolables. Se sabe que entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995) y que todas las personas tenemos pensamientos de ese tipo de vez en cuando. Lo que sucede en personas con un problema de depresión grave es que estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991).

El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del *procesamiento erróneo o sesgado de la información* que nos llega de nuestro medio (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991). Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son (Beck et al., 1979): la *inferencia arbitraria* (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la *abstracción selectiva* (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la *sobre-generalización* (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la *magnificación* y la *minimización* (sobreestimar o infra-valorar la significación de un acontecimiento); la *personalización* (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el *pensamiento absolutista dicotómico* (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas). Estos errores, son un reflejo de la actividad de los *esquemas cognitivos disfuncionales*, que como ya se ha indicado anteriormente toman la forma de creencias centrales (Beck et al., 1979). Los esquemas son pues teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997); determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son relevantes para la toma de decisiones. Por tanto, son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas) (Freeman y Oster, 1997).

1.4.3. Explicaciones interpersonales de la depresión

Además de los planteamientos conductuales y cognitivos, se han propuesto otros muchos planteamientos psicológicos para explicar la depresión. De todos ellos, destaca el enfoque interpersonal. El modelo de la terapia interpersonal sugiere que las relaciones interpersonales

de los sujetos pueden jugar un papel significativo tanto en el comienzo como en el mantenimiento de la depresión.

Sin embargo, existen diferencias de conceptualización muy importantes entre las distintas teorías interpersonales que se han formulado para explicar la depresión. Por ejemplo, la teoría de Coyne (1976a) y su ampliación (Gotlib y Colby, 1987) provienen de los enfoques cognitivo-conductuales, mientras que la teoría de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) parte de la tradición psicoanalítica.

Se explican ambas a continuación.

1.4.3.1. Teoría interpersonal de la depresión de Coyne

La teoría de James Coyne (Coyne, 1976a) proviene de enfoques cognitivo-conductuales. Este autor plantea que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las que el individuo solía obtener apoyo social, y que la reacción de las figuras significativas sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos (Coyne y Gotlib, 1983).

La demanda persistente de apoyo de la persona con depresión llega a ser gradualmente aversiva para su entorno. Es decir, las personas que intentaron en un primer momento mejorar o aliviar la sintomatología del sujeto que padece depresión, se sienten cada vez más molestas y frustradas con la constante conducta sintomática de éste. Cuando la persona con depresión se da cuenta de esta reacción negativa en los demás, emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciéndose un círculo vicioso que continua hasta que los individuos de su entorno se apartan totalmente, confirmando así la visión negativa que la persona deprimida tiene de sí misma (Coyne y Gotlib, 1983).

Por tanto, la teoría interpersonal de la depresión de Coyne propone que los comportamientos interpersonales y las actitudes de las personas con depresión producen eventualmente un espacio interpersonal caracterizado por el rechazo por parte de los demás. Específicamente, ha postulado que cuando otros transmiten confianza a una persona deprimida, ésta cuestiona su sinceridad, por lo que busca más consuelo (Coyne 1976b). Queda así fijada una espiral descendente en la que la persona deprimida busca consuelo más frecuente y extremo por parte de los demás. Coyne (1976b) propone, que las personas deprimidas inducen afecto negativo en los otros. Como el afecto negativo se intensifica,

también lo hace la propensión a rechazar a la persona con depresión (Coyne, 1990; Coyne, Burchill, y Stiles, 1990; Marcus y Nardone, 1992; Segrin y Dillard, 1992).

Ian Gotlib y su grupo de investigación (Gotlib y Colby, 1987) extendieron el modelo de Coyne resaltando los papeles que juegan en el desarrollo, mantenimiento o exacerbación de un episodio depresivo, tanto el individuo, especialmente sus estilos cognitivos, como los miembros de su ambiente social. Estos autores asumen que la cadena causal que conduce al desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor. Explican que la gravedad de este estresor depende de circunstancias externas pero también de la existencia de ciertos factores de vulnerabilidad, tanto interpersonales, como intrapersonales (conductuales y cognitivos). Así, sólo algunos individuos desarrollarán una depresión clínica como respuesta al estresor, mientras que otras personas manifestarán a lo sumo un estado de depresión leve.

Si el individuo es incapaz de afrontar con eficacia el estresor, a medida que el estrés aumenta, se incrementa también la expresión de sintomatología depresiva y de los patrones interpersonales desadaptativos del sujeto (Gotlib y Hammen, 1992).

1.4.3.2. Teoría interpersonal de la depresión de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984)

La teoría de Klerman et al. (1984) reúne varias corrientes de pensamiento en forma sistemática.

Su modelo de terapia interpersonal se nutre en gran parte de las aportaciones de la teoría interpersonal de Sullivan (1953) y la teoría psicobiológica de Meyer (1957), con su énfasis en la relación recíproca entre factores biológicos y psicosociales de la psicopatología. Esta teoría postulaba que la salud y los trastornos mentales eran el resultado de intentos de adaptación a un ambiente cambiante (sobre todo, un ambiente social).

Klerman et al. (1984) recogen observaciones procedentes de varios campos de investigación, que ponen de manifiesto la importancia de los acontecimientos interpersonales en los trastornos depresivos:

Apoyan la evidencia encontrada en los trabajos de Bowlby y su equipo (Bowlby, 1969; Bowlby y Parkes, 1970). Estos autores tratan lo interpersonal según categorías freudianas y suelen incluirse en la escuela psicodinámica. Realizaron estudios sobre la necesidad de vinculación en humanos y primates. Estos trabajos destacan la capacidad de los recién nacidos de desarrollar cuadros que recuerdan los depresivos si no contaban con los lazos afectivos necesarios. Esto se mantiene durante la edad adulta y, en los humanos puede aparecer no sólo ante la pérdida de estos vínculos, sino ante su representación o anticipación (Bowlby, 1969, Bowlby y Parkes, 1970).

Klerman et al., (1984) defienden también el papel de la experiencia infantil en el desarrollo posterior de la depresión. Mostraron evidencias sobre la pérdida de uno de los progenitores a determinadas edades en el desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta (Tenant, Bebbington y Hurry, 1980) así como la asociación entre la calidad de la relación paterno-filial en la infancia (Parker, 1979) y el riesgo de desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta. También se consideró la evidencia sobre el mayor riesgo de los hijos de pacientes deprimidos de padecer problemas de salud mental en general y cuadros depresivos en particular (Gamer, Gallant, Grunebaum y Cohler 1977; Welner, Welner, McCrary y Leonard, 1977) o la frecuencia mayor con que los adultos deprimidos informan (retrospectivamente) de depresión en sus padres, rechazo, abandono o abuso parental (Orvaschel, Weissman y Kidd 1980).

Su modelo apoya además el hecho de que las dificultades interpersonales son un antecedente importante de la depresión clínica en la vida adulta (Klerman et al., 1984). Así, tienen en cuenta la asociación entre estrés y los acontecimientos vitales y la posterior depresión. Se basan en los trabajos que han demostrado que aumenta la incidencia de los trastornos depresivos en los seis meses después de acontecimientos, como por ejemplo conflictos de pareja (Paykel, Myers, Dietnelt, Klerman, Lindelthal y Pepper, 1969). Enfatizan también el papel del apoyo social, basándose principalmente en los trabajos de Henderson (1981) que ha defendido el papel de los lazos sociales como protectores.

Por otra parte, señalan la importancia de las relaciones de intimidad en la etiología de la depresión, basándose por ejemplo en trabajos como los de Brown, Harris y Copeland (1977) sobre la depresión en mujeres de la clase trabajadora inglesa. Estos trabajos demostraron que una relación íntima y de confianza se convierte en una fuerte protección contra el desarrollo de una depresión frente al estrés de la vida (Brown y Harris, 1978). Además, tienen en cuenta la relación entre conflicto conyugal y trastorno depresivo. Esta relación había sido

ampliamente estudiada (Paykel, Myers, Dietnelt, Klerman, Lindelthal y Pepper, 1969; Brown, Harris y Copeland, 1977; Weissman y Paykel, 1974; Rounsaville, Weissman, Prusoff y Herceg-Baron, 1979).

Por último, explican que las dificultades interpersonales pueden ser también consecuencia de la depresión clínica. Apoyan el hecho de que la depresión tiene un efecto característico sobre la comunicación y la interacción interpersonal, tal y como postula la teoría de Coyne (1976a) explicada anteriormente. De hecho, se ha informado de tasas más elevadas de separación y divorcio en pacientes deprimidos (Briscoe y Smith, 1973), así como mayores problemas familiares, laborales y sociales (Weissman y Paykel, 1974).

1.4.4. Explicaciones psicodinámicas de la depresión

El psicoanálisis ha desarrollado diversos modelos explicativos en relación a lo que hoy conocemos como fenómenos depresivos. Freud (1893) y Abraham (1911) son los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos melancólicos, que en la actualidad serían denominados depresivos (Freud, Strachey y Freud, 1985; Freud, 1997)

La primera hipótesis explicativa sobre la melancolía la efectúa Freud en su correspondencia con Fliess, situando la psicogénesis en la sexualidad y el auto-erotismo (Avila, 1990). Sostenía que la melancolía era un duelo provocado por una pérdida de libido; mientras que los sujetos fuertes eran fácilmente atacados por la neurosis de angustia, los débiles eran accesibles a la melancolía (Avila, 1990).

Aunque en 1893, Freud había propuesto alguna hipótesis sobre la melancolía, fue su discípulo Karl Abraham (1911, 1924) el primero en articular una teoría psicodinámica de la depresión. En esta época la *Psiconeurosis* era interpretada como consecuencia de una represión de la libido, lo que llevó a Abraham a comparar, siguiendo a Freud, Depresión con Ansiedad, ambas resultantes de instintos reprimidos (Avila, 1990). En su primer trabajo *Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas* (Abraham, 1911) Abraham insistía sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos. Postuló que existía una fuerte relación entre depresión y obsesión (fundamentada, según él, en la profunda ambivalencia amor-odio que se da en ambos trastornos) y que el comienzo de una depresión estaba asociado muchas veces con el sufrimiento de un desengaño amoroso. Además esta teoría defendía que para superar o evitar la depresión las personas recurrían a la

ingesta de líquidos o alimentos (Sanz y Vázquez, 2008). Para Abraham la manía aparece como una manifestación clara de lo que estuvo reprimido durante la fase depresiva (Avila, 1990).

En su posterior trabajo *La primera etapa pre-genital de la libido* (Abraham, 1916), Abraham varía su posición incorporando los periodos libidinales del desarrollo derivados de las teorías expuestas por Freud en la 3ª edición de los *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (Freud, 1915), afirmando que la depresión podía ser entendida como una regresión a la primera fase psico-sexual (la oral) (Abraham, 1916).

En 1917, Sigmund Freud en su trabajo *Duelo y Melancolía* unió las hipótesis de Abraham a sus propias conceptualizaciones sobre el fenómeno depresivo. De esta manera construyó el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión. Él diferenció las reacciones depresivas normales (melancolía) de las debidas a la pérdida de un ser querido (duelo). Ambas incluyen: tristeza acompañada de dolor profundo, falta de interés por el mundo externo, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Sin embargo, se diferencian en que la melancolía además se caracterizaría por una disminución de la autoestima y una vaga noción de la naturaleza de su pérdida, por lo que se es incapaz de reconocer por qué se está triste. Se trata, por tanto, de una pérdida interna e inconsciente (Avila, 1990). En cuanto a la etiología, Freud comparte en lo esencial la propuesta de Abraham aunque, enfatiza la regresión de la libido y la identificación narcisista del yo con el objeto, en su intento por comprender la pérdida de la autoestima que se da en la melancolía. Explica que para minimizar el impacto de la pérdida del objeto amado, el niño interioriza una representación de ese objeto. Como consecuencia, la ira dirigida hacia el objeto perdido es ahora dirigida hacia una parte del propio Yo del niño, predisponiéndole a futuros episodios depresivos caracterizados sobre todo por constantes auto-reproches (Sanz y Vázquez, 2008). A pesar de esta primera interpretación freudiana de la ira interiorizada como el esquema interpretativo básico de la depresión, Freud, en sus últimos escritos interpretaba la depresión como la existencia de un excesivo sentido del deber y la obligación que crea una gran cantidad de sentimientos de culpa, es decir, de un Superyo excesivamente exigente (Avila, 1990).

En el trabajo de 1924, Abraham resumió sus tres contribuciones al modelo psicodinámico de la depresión, considerando los siguientes factores predisponentes: 1) un factor constitucional, ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral, 2) especial fijación al nivel oral, expresado en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación), 3) un daño severo al

narcisismo infantil (sucesivos desengaños amorosos que conducen al prototipo infantil de depresión), 4) aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados y 5) repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida (Avila, 1990).

En este apartado se ha centrado la atención en las propuestas de Freud y Abraham por su valor constitutivo del núcleo del modelo psicodinámico de la Depresión. Para un entendimiento más exhaustivo de las complejidades y peculiaridades de los diferentes acercamientos psicodinámicos posteriores (Bleichmar, 1976; Gero, 1936; Kernberg, 1976; Klein, 1940; Mendelson; 1974; Rado, 1928; Sandler y Joffe, 1965; Sandler y Sandler, 1978) se puede revisar el trabajo de Avila (1990).

Las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las pérdidas en la infancia sirven como un factor de vulnerabilidad, de diátesis, que más tarde, en la edad adulta, si el individuo experimenta una nueva pérdida (sea real o simbólica) conducen a la depresión (Sanz y Vázquez, 2008). Por tanto, las personas depresivas son aquellas que, desde pequeñas y debido a la pérdida de un "objeto" amado por separación, muerte o rechazo, se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginaria. Dichos "objetos" amados son personas significativas en la vida de los niños (padres o madres). Su autoestima, su autovaloración, depende excesivamente de la aprobación y el afecto de los demás debido a estas pérdidas tempranas. Se ven entonces incapaces de superar la frustración que sienten cuando son criticados, rechazados o abandonados (Sanz y Vázquez, 2008).

Se han dado también explicaciones biológicas y genéticas de la depresión, pero se excluyen de la presente tesis por el carácter que tiene centrado en los tratamientos psicológicos.

1.5. EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

En este apartado se van a presentar los instrumentos que, a efectos de evaluar la depresión, se han encontrado en la literatura. Se exponen en primer lugar aquellos utilizados para llevar a cabo su diagnóstico (evaluación categorial) y, posteriormente, los utilizados para

evaluar la gravedad de los diferentes síntomas asociados al trastorno (evaluación dimensional).

Si se trata de efectuar un diagnóstico categorial, las entrevistas serán el método de elección. Si se trata de cuantificar dimensionalmente la gravedad de la depresión, las escalas y cuestionarios son el método a elegir. Además, es importante tener en cuenta que el uso de entrevistas y cuestionarios es diferente según el momento de la evaluación. Mientras que la entrevista diagnóstica puede ser adecuada en los momentos iniciales y finales del proceso, los instrumentos de cuantificación de gravedad suelen utilizarse en cualquier etapa del proceso terapéutico (Vázquez, Hernangómez, Nieto y Hervás, 2006).

Además del estado sintomático general del paciente, existen instrumentos mucho más específicos, destinados a evaluar diversas áreas de funcionamiento (conductual, cognitiva, psicofisiológica, emocional y social).

A continuación, se explican todas estas herramientas de evaluación de la depresión con las que contamos.

1.5.1. Entrevistas diagnósticas

La entrevista es el principal método de evaluación de la depresión, en cualquiera de sus modalidades (estructurada, semi-estructurada o abierta). Nos permite obtener una descripción detallada de cuáles son las manifestaciones clínicas de la depresión, generalmente, desde una perspectiva categorial (Vázquez et al., 2006).

Las entrevistas estructuradas o semi-estructuradas proporcionan una información psicopatológica detallada, incrementan la fiabilidad del diagnóstico efectuado y permiten realizar diagnósticos categoriales formales, por lo que han demostrado ser más útiles que las abiertas (Vázquez et al., 2006). Se trata de entrevistas que permiten hacer un repaso sistemático a un determinado problema clínico, ya que emplean un guión fijo y un sistema de valoración cuantitativa de las respuestas que da la persona (Vázquez, 1990a). Cada una de las preguntas formuladas tiene la finalidad de obtener información completa y fiable para proporcionar finalmente un diagnóstico clínico (Vázquez, 1995). Sin embargo, presentan limitaciones como el hecho de que no son tan útiles para apresar aspectos importantes como las actitudes de la persona, su estilo de interacción, la conducta motora, la detección de signos no verbales o su aspecto personal (Vázquez et al., 2006).

A continuación se van a señalar algunas de las entrevistas estructuradas más relevantes conducentes a diagnósticos categoriales DSM o CIE de la depresión.

1.5.1.1. SADS (*Shedule of Affective Disorders in Schizophrenia*; Endicott y Spitzer, 1978).

Se trata de una entrevista estructurada compleja que requiere un entrenamiento especial. Fue desarrollada con fines de investigación con el objetivo de lograr altos índices de fiabilidad interjueces y cubre dos diagnósticos: Esquizofrenia y Trastornos afectivos. Cada uno de los ítems que la componen está definido de manera precisa, indicándose exactamente la pregunta que hay que efectuar. Además se indica cómo se tiene que valorar la gravedad de cada respuesta, normalmente en una escala de 7 puntos (Vázquez, 1990b). Proporciona diagnósticos RDC (*Research Diagnostic Criteria*) que son muy parecidos a los del DSM-II (Vázquez, 1990c). Existe la SADS normal y la SADS-L que cubre los problemas psicopatológicos actuales y del pasado. Ha sido ampliamente utilizada dentro de los protocolos de investigación (Vizcarro et al., 1986). Se trata de una entrevista larga (de 1 a 2 horas). Tanto los autores como otros trabajos posteriores informan de datos de fiabilidad adecuados (Keller, Lavori y Andreasen, 1981).

1.5.1.2. SCID-I (*Structured Clinica Interview for DSM-IV*; First, Spitzer., Gibbony Williams , 1999).

La SCID, al igual que la SADS, es una entrevista estructurada. Fue desarrollada por Robert Spitzer (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987), coordinador de los grupos de trabajo del DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV. Las dos entrevistas son casi idénticas en cuanto a formato, pero la SCID cubre muchas más etiquetas diagnósticas. Proporciona las indicaciones necesarias para realizar el diagnóstico de los diferentes trastornos recogidos en el Eje I del DSM-IV. Consta de dos tipos de entrevista: a) una entrevista de exploración del sujeto, su entorno y sus problemas clínicos, denominada "Visión general", y b) seis entrevistas específicas que constituyen otros tantos módulos, cada uno de ellos destinado a evaluar un tipo de trastorno del DSM-IV (Vázquez, 1995). Se puede usar de forma modular de tal forma que el investigador pueda seleccionar para un estudio concreto únicamente los módulos de diagnóstico relevantes en una muestra particular de sujetos (Vázquez, 1995). La duración de la entrevista es de 45 a 90 minutos según los casos. La SCID-I produce diagnósticos más fiables, precisos y válidos que las entrevistas clínicas normales. La fiabilidad entre entrevistadores (kappa) suele estar entre 0,70 y 1,00 (First et al., 1999; Kranzler et al., 1995).

1.5.1.3. DIS (*Diagnostic Interview Schedule*; Robinsn, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981). Esta entrevista, en un principio, fue concebida como un instrumento de recogida de información y detección de casos, pero con el tiempo ha pasado a ser un instrumento de entrevista diagnóstica muy utilizado. La DIS se administra en una sola sesión. Su grado de estructuración es máximo, pues se indica el modo en que se tienen que enunciar los ítems, registrando sí o no. Utiliza los criterios operativos diagnósticos del DSM (Vázquez et al., 2006). Se pregunta tanto por la presencia y ausencia de los síntomas, como por la gravedad de los mismos. Además se explora si la persona está tomando medicación, así como el grado de interferencia y si es supervisado por algún profesional. Se intenta conocer la etiología del síntoma preguntando por posibles lesiones, enfermedad física, consumo de drogas o medicación. También se recoge información demográfica y se evalúa el funcionamiento del sujeto en el último año en una serie de áreas (trabajo, familia, etc.) (Vázquez et al., 2006). Se administra en una sola sesión que puede durar entre una y tres horas. Obtiene buenos resultados de fiabilidad y validez (fiabilidad entrevistador/co-entrevistador: $K = 0,94$; acuerdo entre clínicos/no-clínicos: $K = 0,95$) (Witchen, Sempler y von Zerssen, 1985).

1.5.1.4. CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*; Robins, 1989). Se trata de una entrevista diagnóstica estructurada creada dentro de un programa de cooperación entre la OMS y la *Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration* (Robins, 1989). Es una revisión y extensión de la DIS, explicada anteriormente. La entrevista se estructura en módulos por lo que permite su aplicación global o de áreas específicas: trastornos somatomorfos, de ansiedad, depresivos, psicóticos, de la conducta alimentaria, alteraciones cognitivas, por abuso de sustancias y manía. Usa los criterios operativos diagnósticos de la CIE-10 y el DSM (Vázquez et al., 2006). Sus características principales son que permite diagnósticos a través de la recogida de datos, con el fin de investigar y proporcionar una herramienta de aprendizaje para los clínicos sobre la indagación de los síntomas presentes y la organización de los criterios operativos de la CIE y DSM. Posee una fiabilidad entre entrevistadores y de test-retest, para todas las categorías diagnósticas, muy alta, con valores de Kappa superiores al 0,7 (Janka, Robins, Cottler y Early, 1992).

1.5.1.5. MINI (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*, Lecrubier et al., 1997). Consiste en una breve entrevista estructurada de diagnóstico psiquiátrico. Con ella se evalúan a través de módulos, los diagnósticos clave de DSM-IV y CIE-10: EDM, distimia, episodio hipomaniaco, episodio maniaco, TP, agorafobia, fobia social (FS), TOC, trastorno por estrés

post traumático (TEPT), dependencia y abuso de alcohol, dependencia y abuso de sustancias, anorexia y bulimia. Además incluye un módulo que evalúa síntomas psicóticos y otro que evalúa riesgo de suicidio. La MINI se pueden administrar en un período corto de tiempo (20-30 minutos) y los entrevistadores clínicos necesitan sólo un breve entrenamiento. Estudios que comparan los diagnósticos de médicos generales obtenidos con la MINI con diagnósticos obtenidos por los psiquiatras que utilizan entrevistas no estructuradas han obtenido un coeficiente kappa entre 0,41 y 0,68; sensibilidad entre 0,41 y 0,86, y especificidad entre 0,84 y 0,97 (Sheehan et al., 1998; Amorim, 2000).

1.5.2. Escalas

Las escalas son las herramientas más útiles a la hora de evaluar la gravedad o el grado en que el problema afecta a la vida de la persona. La mayoría evalúan la gravedad de los síntomas en una escala de varios puntos. Además algunas emplean un criterio de frecuencia, duración o intensidad de los síntomas (Vázquez et al., 2006).

Existen escalas de observación o hetero-aplicadas, en las que es el clínico quien evalúa la gravedad del paciente y las auto-aplicadas en las que es el propio paciente quien lo hace. En cuanto a las ventajas que ofrece cada tipo, las hetero-aplicadas son útiles en pacientes poco colaboradores, que les cuesta concentrarse o entender el lenguaje escrito. Además, permiten evaluar síntomas de difícil valoración: psicomotores, somáticos, etc. En cambio, las auto-aplicadas proporcionan información sobre la propia visión del paciente, se pueden utilizar de modo repetitivo y son fáciles y económicas (Vázquez, 1995).

Es importante señalar que las escalas no registran la información idiosincrática necesaria para la planificación del tratamiento para cada persona particular, sino únicamente los aspectos comunes en todos los pacientes (Hamilton, 1987).

1.5.2.1. Escalas de observación

Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (HRSD; Hamilton, 1967): Es la escala de hetero-valoración más utilizada. Fue publicada en 1960, pero la forma más utilizada es la revisada en 1967 (Hamilton, 1967). Esta escala no pretende efectuar diagnósticos de depresión, sino cuantificar la sintomatología del paciente una vez ya ha sido diagnosticado de forma categorial. Contiene 17 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas en escalas de 0 a 2 o de 0 a 4. Incorpora aspectos que son difíciles de evaluar a través de instrumentos auto-

aplicados como son el enlentecimiento o agitación psicomotora, la presencia de ideas delirantes depresivas o la conciencia de enfermedad. Posee muchos ítems «somáticos», aspecto que se ha criticado. En cambio, no se valoran algunos síntomas como el exceso de apetito o de sueño. El rango de puntuación de la HRSD varía de 0 a 52 y se emplea normalmente una serie de puntos de corte: 0–6 (no depresión), 7-17 (depresión ligera); 18-24 (depresión media), 25-52 (depresión grave) (Vázquez et al., 2006).

Cuenta con una alta fiabilidad interjueces y una buena correlación con la impresión clínica de expertos sobre el paciente (en torno a 0,90) (Vázquez et al., 2006). Es una escala muy sensible para detectar cambios debidos al tratamiento (Hedlund y Vieweg, 1979). Además, las correlaciones con otros instrumentos de observación como con escalas auto-aplicadas son moderadamente altas (Vázquez, 1995).

Escala de Melancolía de Bech-Rafaelsen (Bech y Ralaelsen, 1980): Es una modificación de la escala de Hamilton, explicada anteriormente. Con esta modificación se pretendió mejorar su validez (Bech y Ralaelsen, 1980). Se suprimieron de la escala de Hamilton los ítems más vegetativos, a excepción del Sueño. La escala está conformada por 4 ítems cada uno valorado en una escala de 5 puntos. Dedicar 4 ítems a evaluar el retardo (verbal, motor, intelectual y emocional), característico de la “depresión melancólica” (Vázquez, 1995). Por esto, es una escala apropiada para la evaluación de pacientes retardados o melancólicos, es decir, de pacientes graves (Vázquez y Sanz, 1991). Al igual que la HRSD, cuenta con una buena fiabilidad inter-jueces (de 0,79 a 0,93) (Bech y Clemmesen, 1983). Su correlación con la escala de Hamilton es muy alta (0,97) (Bech y Ralaelsen, 1980).

Escala de Evaluación de la Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS; Montgomery y Asberg, 1979): Se trata de una escala que fue diseñada por Montgomery y Asberg (1979) para evaluar el cambio y los efectos del tratamiento. Consta de 10 ítems, cada uno dedicado a un síntoma: cuatro relacionados con el estado de ánimo, dos con ansiedad, tres con síntomas somáticos y uno con anhedonia. Cada ítem se evalúa de 0 a 7. Si se obtiene una puntuación de 9 o menos esto indica ausencia de depresión (Levine, Deo y Mahadevan, 1989). Existe una versión en castellano de esta escala (Lobo et al., 2002).

A diferencia de la HRSD, incide más en síntomas anímicos, y no tanto en aspectos vegetativos, por lo que es útil cuando se trata de pacientes con enfermedades físicas

concomitantes cuyos síntomas somáticos pueden confundirse con los síntomas somáticos propiamente depresivos (Kearns et al, 1982).

En cuanto a los datos sobre su fiabilidad y validez, su fiabilidad inter-jueces oscila entre 0,89 y 0,95 (Vázquez y Jiménez, 2000). Su correlación con la HDRS es de 0,95. Además, se ha encontrado una correlación de 0,70 con una evaluación clínica global y de 0,81 con la subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Vázquez y Jiménez, 2000).

1.5.2.2. Escalas auto-aplicadas

Inventario de depresión de Beck segunda edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996. Validada en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003): Se trata de un instrumento formado por 21 grupos de afirmaciones que evalúan síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. Cada grupo presenta 4 alternativas de respuesta ordenadas en función de su intensidad creciente que se puntúa en una escala de 0 a 3. El participante debe responder de acuerdo con la afirmación que mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas. Las puntuaciones de 0-13 denotan depresión mínima, las puntuaciones de 14 a 19 denotan depresión leve, las puntuaciones de 20 a 28 denotan depresión moderada y de 29 a 63 denotan una depresión severa (Segal, Coolidge, Cahill y O' Riley, 2008).

Presenta una adecuada consistencia interna (*alfa de Cronbach* de 0,76-0,95) y una fiabilidad test-retest de alrededor de 0,8 (Beck, Steer y Brown, 1996). La versión española de este instrumento también ha mostrado una consistencia interna elevada (*alfa de Cronbach* de 0,87) para la población general (Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) y para la población clínica (*alfa de Cronbach* de 0,89) (Sanz, García Vera, Espinosa, Fortin y Vázquez, 2005).

La escala de Depresión Auto-aplicada de Zung (ZSDS; Zung, Richards, y Short, 1965): Esta escala fue diseñada por Zung et al. (1965). Está conformada por 20 frases que se relacionan con la depresión. La persona tiene que valorar la frecuencia en una escala Likert de cuatro puntos. Se emplean los siguientes puntos de corte: 20-35 (ausencia de depresión), 36-51 (depresión ligera), 52-67 (depresión media), 68-100 (depresión grave).

Uno de sus principales inconvenientes es que no evalúa intensidad sintomatológica, sino frecuencia, y además sin ningún marco temporal específico, por lo que se ha considerado una

escala poco idónea para valorar síntomas depresivos cuando la intensidad de los mismos es alta (Biggs, Wylie y Ziegler, 1978). Ha sido adaptada al castellano por Conde y Esteban (1969).

La escala cuenta con una buena validez concurrente con otras escalas: las relaciones entre la SDS y la HDRS oscilan entre 0,50 y 0,79 (Vázquez, 1995; Vázquez et al., 2006). Tiene la ventaja de que es fácil de aplicar y corregir, pero no es suficientemente sensible al cambio terapéutico (Vázquez, 1995). Además, no cuenta apenas con síntomas somáticos, ni con ítems de culpa o retardo por lo que hay dudas sobre su validez de contenido (Snaith, 1987).

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD; Zigmond y Snaith, 1983): Es una escala dirigida a evaluar síntomas de depresión y de ansiedad en pacientes con problemas médicos, no psiquiátricos (Zigmond y Snaith, 1983). Consiste en 14 ítems (7 de depresión y 7 de ansiedad) con una escala Likert de cuatro puntos. Una puntuación de 0-7 se considera normal, de 8-10 se considera un caso probable, y más de 11 como caso de ansiedad o de depresión. Este instrumento excluye la evaluación de síntomas somáticos que tienen una alta probabilidad de deberse a la enfermedad física existente. Por tanto, la evaluación de la depresión se limita únicamente a los síntomas de anhedonia. Al centrarse básicamente en el área de la pérdida de placer, la evaluación de la depresión está algo limitada, pues el síndrome depresivo no es sólo esto (Vázquez, 1995). Otro inconveniente es la unidad de medida que no es constante (en algunos ítems se evalúa la intensidad del síntoma y en otros, la frecuencia). En cuanto a sus ventajas, es fácil de administrar y tiene utilidad como instrumento de evaluación inicial en ambientes hospitalarios y asistenciales (Tejero, Guimera, Farre y Peri, 1986). También se ha utilizado para medir el impacto emocional que pueden tener determinados trastornos físicos en los pacientes. Pero es importante tener en cuenta, que atenderse sólo al HAD es muy probable que haga incurrir en muchos falsos positivos (Vázquez, 1995). En cuanto a su fiabilidad se ha encontrado un coeficiente alpha de 0,81 para la subescala de ansiedad y de 0,82 para la de depresión (Tejero et al., 1986). En cuanto a su validez, se han encontrado correlaciones de la HAD con el BDI de 0,74 (Vázquez y Jiménez, 2000).

Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff; 1977): Esta escala fue diseñada por Radloff (1977) para la evaluación rápida de sintomatología depresiva en población general. Es una de las escalas más utilizadas en el mundo y cuenta con versiones validadas en distintos idiomas, países y grupos culturales (Santor, Gregus y Welch, 2006). En su versión original la CES-D consta de 20 ítems que corresponden a síntomas representativos del

trastorno depresivo. La persona tiene que identificar, en una escala de cuatro alternativas, la frecuencia con la que ha experimentado cada síntoma en la última semana (Gempp y Thieme, 2010).

Desde su creación varios autores han propuesto modalidades alternativas para puntuar la escala, con el objetivo de mejorar su eficacia diagnóstica o propiedades psicométricas: método ordinal, que es el tradicional, dos métodos binarios (presencia y persistencia de los síntomas) y un nuevo sistema de puntuación semanal (Gempp y Thieme, 2010).

Esta escala ha presentado una alta fiabilidad ($\alpha=0,87$) y validez concurrente (Gempp, Avendaño y Muñoz; 2004).

Escala general de gravedad e interferencia de la depresión (ODSIS; Norman et al., 2006). El ODSIS es una medida de auto-informe conformada por 5 ítems. La persona tiene que marcar la frase que mejor describa sus experiencias durante la última semana y puede elegir entre cinco opciones de respuesta diferentes para cada elemento, que se codifican de 0 a 4 y se suman para obtener una puntuación total que puede ser de un máximo de 20 puntos. El instrumento evalúa experiencias relacionadas con la depresión. También se puede utilizar para evaluar la gravedad y el deterioro asociados al bajo estado de ánimo. Evalúa la frecuencia con la que la persona se ha sentido deprimida, la intensidad de los síntomas, la evitación conductual y el deterioro funcional asociado a la depresión. Hasta el momento, no se han publicado estudios que analicen las propiedades psicométricas de esta escala.

Escalas Analógicas Visuales (VAS; Zealley y Aitken, 1969): Estas escalas fueron incorporadas a la Psicología Clínica por Zealley y Aitken (1969). Pueden ser tanto hetero-aplicadas como auto-aplicadas. Consisten en una línea con dos extremos, por ejemplo desde *“Nada deprimido”* hasta *“Más deprimido que nunca”*. La persona tiene que marcar en qué lugar considera que está su estado de ánimo. Suelen ser normalmente de 100 milímetros de longitud y la puntuación que se obtiene es la distancia desde el principio de la línea hasta la marca. Este método es muy útil especialmente cuando se trata de monitorizar el estado de ánimo a diario y comprobar si existen fluctuaciones (Vázquez, 1995).

Estas escalas no tienen ningún valor diagnóstico, pero son sencillas y muy útiles como complemento de información. Además se ha encontrado que la correlación de la VAS con la puntuación total del BDI es de aproximadamente 0,70 (Vázquez y Ring, 1993) y con la puntuación total de la escala de depresión de Hamilton es de 0,78 (Zealley y Aiken, 1969).

Lista de Adjetivos Depresivos de Lubin (DACL; Zerssen, Von strian y Schwarz, 1974): Se trata de siete listas de unos 30 adjetivos (positivos y negativos) relacionados con la depresión. La persona tiene que elegir aquellos que mejor se adecuen a su estado de ánimo actual. Son útiles, porque al igual que la VAS, son bastante sensibles a pequeñas fluctuaciones en el estado de ánimo (Vázquez, 1995). Hay varias versiones y es una medida muy utilizada.

Las listas de adjetivos tienen una consistencia interna alta (en torno a 0,90) (Tanaka-Matsumi y Kameoka, 1986), pero sus correlaciones con otros instrumentos no suelen superar el rango de 0,50-0,60 (Byrely y Carlson, 1982). Corresponde a uno de los instrumentos que presentan una menor validez concurrente con otras escalas de depresión o con juicios clínicos de gravedad (entre 0,25 y 0,58) (Vázquez, 1995).

1.5.2.3. Auto-registros

En la depresión es importante evaluar las actividades que realiza la persona. Desde el punto de vista etiológico, puede que los elementos estrictamente conductuales no sean muy relevantes, pero sí es esencial evaluarlos para planificar el tratamiento (Beck et al., 1979; Bas y Andrés, 1993; Vázquez et al., 2006). Para ello, se puede realizar un **Auto-registro de actividades diarias**, en el que la persona anota las actividades que realiza de forma habitual durante la semana (Vázquez et al., 2006).

Al igual que con los aspectos conductuales, en la evaluación de los aspectos cognitivos también son muy útiles los auto-registros: **Auto-registros de emociones-pensamientos**. Con estos evaluamos la situación, la reacción emocional que provoca y los pensamientos negativos que están presentes en la misma (Vázquez et al., 2006).

A la hora de evaluar las emociones positivas y negativas que siente la persona nos puede resultar útil que realice un **Diario Emocional** en el que registra el contenido emocional de cada día y a qué situaciones aparecen asociadas dichas emociones (Vázquez et al., 2006).

1.5.2.4. Otros posibles ámbitos de evaluación

En las personas con depresión es muy importante evaluar la frecuencia y disfrute de las actividades reforzantes. En este sentido resulta muy útil la **Escala de Sucesos Placenteros** de

MacPhyllumy y Lewinson (1982) que evalúa la frecuencia y el nivel de agrado de una lista extensa de actividades. Escalas como esta son de gran utilidad en el diseño de las terapias psicológicas con los pacientes y en la monitorización del tratamiento.

Es importante también la utilización de escalas dirigidas a evaluar los aspectos cognitivos, más específicamente:

El **Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ-N y ATQ-P)** de Hollon y Kendall (1980) y Ingram y Wisnicki (1988) es un instrumento compuesto por 30 pensamientos negativos automáticos y 30 pensamientos de tipo positivo. Evalúa la frecuencia durante la última semana en una escala de 5 puntos. Es una escala muy utilizada en clínica e investigación (Vázquez et al., 2006).

La **Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS)** desarrollada por Weissman y Beck (1978) consiste en 2 formas paralelas (A y B) de 40 ítems cada una, aunque la mayor parte de la investigación se efectúa simplemente con la DAS-A (Vázquez y Ring, 1993). Cada uno de sus ítems refleja ideas próximas al concepto de Ellis de «idea irracional» y de «pensamientos disfuncionales» de Beck (Vázquez, 1995).

El **Cuestionario de Sesgo Cognitivo (CBQ)** fue desarrollado por Krantz y Hammen (1979) para comprobar la hipótesis de Beck de que los depresivos muestran sesgos negativos al interpretar información referente a uno mismo, el mundo, y el futuro. El objetivo de la prueba es confirmar si existe un sesgo interpretativo de la realidad y si éste es de tipo depresivo o no (Vázquez, 1995).

El **Test de Creencias Irracionales (IBT)**, desarrollado por Jones (1969), está basado en la teoría cognitiva de Ellis. Consiste en 100 frases de carácter irracional y la persona tiene que señalar su grado de creencia en ellas en una escala Likert de 7 puntos (Vázquez, 1995).

La **Escala de Desesperanza (HS)** desarrollada por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974) consta de 21 ítems Verdadero/Falso con actitudes de la persona sobre el futuro. Es una escala muy utilizada y un buen predictor del suicidio (Vázquez et al., 2006). De hecho, la desesperanza correlaciona mejor con el suicidio que incluso con la depresión (Vázquez, 1995). Beck, Steer y Trexler (1989) hallaron que una puntuación mayor de 9 precedía el 91% de los casos de suicidio de una muestra de 165 pacientes hospitalizados.

Para evaluar la ideación suicida también contamos con la **Escala de Ideación Suicida de Beck** (Beck y Steer, 1991). Evalúa la intensidad, la difusión y las características de la ideación suicida, así como el riesgo potencial de intentos de suicidio futuros en personas con pensamientos, planes y deseos de cometer un suicidio. Consta de 21 ítems valorados en una escala Likert de 0 a 2.

Además también puede resultar útil evaluar la frecuencia de distintas emociones, tanto positivas como negativas con la **Escala de afecto positivo y negativo (PANAS)** de Watson, Clark y Tellegen, 1988.

En cuanto al área psicofisiológica se recomienda el empleo de pruebas *ad hoc* (ej. auto-registros) para evaluar áreas relevantes como patrón de sueño, patrones de alimentación, relaciones sexuales, etc. (Vázquez et al., 2006).

1.5.3. Pruebas biológicas

Existe una prueba biológica que se ha usado con frecuencia en el contexto de la depresión (**Test de la supresión de dexametasona: DST**) que va dirigida a comprobar la actividad del sistema límbico, el hipotálamo, la hipófisis y las glándulas supracorticales en la depresión (Guerry y Hastings, 2011). Se sugiere que en los deprimidos puede haber una hiperactividad de este sistema porque al inyectarles dexametasona no disminuye la actividad de este complejo sistema adrenocortical, lo que sí sucede en personas normales (Vázquez, 1995). La DST ha resultado 90% específica en adultos deprimidos y sensible en un promedio de un 50% (Klee y Garfinkel, 1984).

2. TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA (TBE) PARA LA DEPRESIÓN

A continuación, se exponen los trabajos que existen en la literatura en relación a los tratamientos que se han llevado a cabo para la depresión. En primer lugar se presentarán brevemente los abordajes de carácter farmacológico y, posteriormente, los tratamientos psicológicos. Finalmente se explicaran los trabajos llevados a cabo en el campo de la prevención de la depresión.

2.1. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

El pilar fundamental del tratamiento farmacológico de la depresión en los últimos 40 años han sido los antidepresivos. Los antidepresivos tricíclicos (ADT) se introdujeron en la década de 1950, siendo el primero de ellos la imipramina (Kuhn, 1958). El modo de acción de esta clase de drogas es su capacidad para bloquear la recaptación sináptica de las monoaminas, incluyendo la noradrenalina (NA), la serotonina (5-HT) y la dopamina (DA), aunque, como se explicará más adelante los ADT afectan predominantemente a la recaptación de NA y 5HT en lugar de a la DA (Mindham, 1982). En paralelo a los ADT, se descubrieron las propiedades antidepresivas de los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO) en la década de 1950 (NCCMH y RCP, 2010)

A pesar de que en un principio los ADT fueron bien aceptados, la falta de tratamientos concretos para la persona que padecía depresión y sus importantes efectos secundarios, redujeron su aceptación. Además, la sobredosis con ADT (con excepción de la lofepramina) conlleva una alta mortalidad y morbilidad, que es particularmente problemática en el tratamiento de las personas con intenciones suicidas. En respuesta al perfil de los efectos secundarios y a la toxicidad de los ADT en caso de una sobredosis, se han desarrollado nuevas clases de antidepresivos, entre ellas: los inhibidores selectivos de la recaptación de 5HT (ISRS), tales como la fluoxetina, fármacos químicamente relacionados pero diferentes a los ADT, como la trazodona, y una gama de otros antidepresivos no relacionados químicamente, como la mirtazapina, entre otros (NCCMH y RCP, 2010).

A continuación se va a presentar una breve revisión de los diferentes tipos de antidepresivos existentes:

2.1.1. Antidepresivos tricíclicos (ADT)

Los ADT ejercen su efecto terapéutico mediante la reducción de la recaptación de 5-HT y NA (Potter y Hollister, 2004). Desde el punto de vista clínico es interesante saber que algunos de ellos muestran mayor actividad noradrenérgica (maprotilina), mientras que otros son de acción fundamentalmente serotoninérgica (clorimipramina) como se puede observar en la Tabla 13.

Todos los ADT causan, en diversos grados, los efectos secundarios anticolinérgicos (Saiz y Montes, 2005). Además pueden producir efectos secundarios a nivel del sistema

cardiovascular (SCV) (Roose, 1998) y a nivel del sistema nervioso central (SNC) (Ver Tabla 13). Hay que tener en cuenta que en pacientes con predisposición bipolar pueden inducir a la manía. Pero sin duda, su efecto adverso más peligroso es que pueden ser letales en caso de sobredosis. La dosis inicial y diaria recomendada para los diferentes tipos de ADT se puede observar en la Tabla 13.

En cuanto a la eficacia de los ADT se sabe que la amitriptilina puede ser ligeramente más eficaz que otros antidepresivos, aunque dicho beneficio potencial se compensa por una tolerabilidad más pobre, pues produce más efectos secundarios (Barbui y Hotopf, 2001; Guaiana, Barbui y Hotopf, 2003). Los beneficios en su eficacia pueden ser más marcados en pacientes hospitalizados (Anderson, Nutt y Deakin, 2000).

Los informes elaborados por la NCCMH y RCP (2010) que utiliza la revisión de Barbui y Hotopf (2001) como base para extraer sus conclusiones, determinan la eficacia de los ADT centrándose en la reducción del 50% de los síntomas depresivos y en la reducción de los síntomas de depresión al final del tratamiento evaluando ambos criterios mediante las escalas: HRSD y MADRS.

No parece haber ninguna diferencia clínicamente importante en cuanto a la eficacia entre la amitriptilina y otros antidepresivos para lograr una reducción del 50% en las puntuaciones de depresión (NCCMH y RCP, 2010). Si se compara la amitriptilina con otros ADT no hay una diferencia clínicamente importante en la reducción de síntomas de depresión al final del tratamiento. Se sabe también que no hay una diferencia clínicamente importante entre la amitriptilina y los ISRS en el aumento de la probabilidad de reducir a la mitad los síntomas de depresión, ni en la reducción de dichos síntomas al final del tratamiento (NCCMH y RCP, 2010).

2.1.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

La introducción de los ISRS marcó un salto cualitativo en el tratamiento de la depresión, ya que su eficacia antidepresiva carece de los efectos indeseables y la toxicidad de los ADT explicados anteriormente. Todos los ISRS bloquean la recaptación de 5-HT por parte de la neurona presináptica, sin efecto significativo sobre NA o DA (Saiz y Montes, 2005).

Los efectos adversos más frecuentes de los ISRS son de tipo gastrointestinal (Dalton et al., 2003). También pueden aparecer otros efectos secundarios al inicio del tratamiento (Saiz y Montes, 2005) (Ver Tabla 13).

En esta misma tabla se pueden observar los diferentes tipos de ISRS con sus respectivas dosis iniciales y diarias.

En cuanto a su eficacia se ha estudiado la posibilidad de administrarlos en casos de depresiones leves o moderadas. Algunos estudios (Kendrick et al., 2009) sugieren que los ISRS podrían considerarse para personas con depresión leve o moderada que tienen síntomas persistentes (NCCMH y RCP, 2010).

Los informes elaborados por la NCCMH y RCP (2010) determinan la eficacia de los ISRS centrándose en la reducción del 50% de los síntomas depresivos y en la reducción de los síntomas de depresión al final del tratamiento evaluando ambos criterios mediante las escalas HRSD y la MADRS.

Hay evidencia que sugiere que no existe una diferencia clínicamente importante en la reducción de los síntomas de la depresión entre los ISRS y los ADT, así como tampoco entre los ISRS y los IMAO (NCCMH y RCP, 2010).

Sin embargo, los ISRS son muy seguros en caso de sobredosis, a diferencia de los ADT o los inhibidores de la MAO (que se explicarán más adelante) y tienen menos efectos secundarios. Estas ventajas han llevado a su uso generalizado siendo los antidepresivos de primera línea mejor tolerados (NCCMH y RCP, 2010)

2.1.3. Inhibidores irreversibles de la monoamino-oxidasa (IMAO)

Los IMAO presentan su mayor utilidad en las depresiones resistentes y atípicas. Actúan inhibiendo a la monoamino-oxidasa tanto en su forma A como B. La MAOA se encarga de la metabolización de la NA y 5-HT, mientras que la MAOB lo hace de la feniletilamina. Ambas enzimas intervienen en el metabolismo de la DA (Saiz y Montes, 2005).

Los efectos adversos más frecuentes que producen se presentan en la Tabla 13. Los IMAO inducen además con frecuencia manías, aunque son menos cardiotóxicos que los ADT (Saiz y Montes, 2005).

Son necesarias importantes restricciones en la dieta pues la interacción más temida de los IMAO clásicos es la presentación de una crisis hipertensiva producida por la ingestión de alimentos ricos en tiramina (Ver Tabla 13) (Adams, Miller y Zylstra, 2008). Además, se pueden

producir importantes interacciones con otros medicamentos (Ver Tabla 13), que los hacen desfavorables como tratamientos de primera línea (Adams, Miller y Zylstra, 2008). En la Tabla 13 se presentan las dosis iniciales y diarias recomendadas para los IMAO.

En cuanto a la eficacia de los IMAO se van a presentar las conclusiones referidas por NCCMH y RCP (2010), que se basa para extraer dichas conclusiones en los mismos criterios explicados anteriormente: reducción del 50 % de los síntomas depresivos y reducción de los síntomas de depresión al final del tratamiento evaluados mediante las escalas HRSD y la MADRS.

Hay cierta evidencia que sugiere que existe una diferencia clínicamente importante a favor de este IMAO en comparación con otros antidepresivos en el aumento de la probabilidad de lograr una reducción del 50% en los síntomas de la depresión, por ejemplo comparándola con los ADT (NCCMH y RCP, 2010). No hay pruebas suficientes para determinar si hay una diferencia clínica importante entre la *fenelzina* y los ISRS en cualquier medida de eficacia o entre la *fenelzina* y los ADT en la reducción de la probabilidad de alcanzar la remisión al final de tratamiento (NCCMH y RCP, 2010).

2.1.4. Inhibidores reversibles de la monoamino-oxidasa (RIMA)

La *moclobemida* es un RIMA que se diferencia de los clásicos IMAO en que la inhibición de la MAO es reversible y desaparece en tan sólo 8 horas a nivel intestinal. Así se evita la absorción de tiramina no metabolizada y con ello su temido efecto vasopresor. Presenta un bajo riesgo de interacción con otros fármacos, incluso con la *fluoxetina* (Dingemans, 1993). Además el riesgo de provocar crisis hipertensiva también es bajo. Es generalmente bien tolerada. No altera la función cardíaca ni induce cambios en la tensión arterial (Saiz y Montes, 2005). En la Tabla 13 se presentan sus efectos adversos más frecuentes así como su dosis inicial y diaria.

En cuanto a su eficacia (NCCMH y RCP, 2010), es igualmente efectiva que otros antidepresivos (ADT y ISRS). Sin embargo, los pacientes que reciben *moclobemida* tienen menos probabilidades de dejar el tratamiento tempranamente que aquellos que reciben ADT (NCCMH y RCP, 2010).

Tabla 13- Antidepresivos: mecanismo de acción, dosis, interacciones y efectos secundarios.

PRINCIPIO ACTIVO	MECANISMO DE ACCIÓN		DOSIS (mg)		INTERACCIONES	EFECTOS SECUNDARIOS
	5-HT	NA	Inicial	Diaria		
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT)						
• Amitriptilina	+	+	75	150-300	<ul style="list-style-type: none"> Fármacos que inhiben el citocromo CYP2D6. Depresores centrales (alcohol, benzodiacepinas) y agentes simpaticomiméticos 	<ul style="list-style-type: none"> Anticolinérgicos: sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria. A nivel del SCV: taquicardia, hipotensión ortostática. A nivel del SNC: sedación, disminución del umbral convulsivógeno. Pacientes con predisposición bipolar: manía. Sobredosis (tóxicos): letales, arritmias, convulsiones.
• Clorimipramina	+++	+	25	150-300		
• Imipramina	+	+	75	150-300		
• Lofepramina	+	+	140	140-210		
• Amoxapina		+	100	300-400		
• Maprotilina		+	25-75	150-225		
• Mianserina		+	30	90-120		
• Trazodona	+		100	400		
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)						
• Citalopram	+++		20	20-60	<ul style="list-style-type: none"> Compuestos que se metabolizan a través del CYP2D6 (interacción escasa o mínima en el caso de la sertralina o citalopram) L-triptófano: síndrome serotoninérgico (temblor, hipertonía, mioclonías, alteraciones autonómicas) 	<ul style="list-style-type: none"> Gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarreas, dispepsias. Al inicio del tratamiento: cefalea, nerviosismo, insomnio, somnolencia, aumento de la ansiedad. Disfunción sexual Aumento de peso Hiponatremia.
• Fluoxetina	+++		20	20-60		
• Fluvoxamina	+++		50	150-300		
• Paroxetina	+++		20	20-40		
• Sertralina	+++		50	50-200		

(Tabla 13 continuación)

INHIBIDORES IRREVERSIBLES DE LA MONOAMINO-OXIDASA (IMAO)						
• Tranilcipromina	+	+	20	30-60	• Alimentos ricos en tiramina (habas, quesos, vinos, cervezas, ahumados, patés, etc): crisis hipertensiva. • ISRS: síndrome serotoninérgico. • Fármacos simpaticomiméticos, antiasmáticos, L-dopa, medicaciones para resfriados (contienen dextrometorfano), ADT, antihipertensivos de acción central (metildopa)	• Hipotensión ortostática • Edemas • Aumento de peso, • Disfunción sexual • Parestesias • Insomnio. • Manía • Más asociados con la <i>fenelzina</i> : somnolencia, mareo, sequedad de la boca, estreñimiento, hepatitis tóxica.
• Fenelzina	+	+	15	15-90		
INHIBIDORES REVERSIBLES DE LA MONOAMINO-OXIDASA (RIMA)						
• Moclobemida	+	+	300	300-600	• Bajo riesgo de interacción con otros fármacos (fluoxetina)	• Náuseas y ocasionalmente efectos anticolinérgicos (en menor grado que los ADT)

Fuente: Elaboración propia

2.1.5. Antidepresivos de tercera generación

Este grupo diverso de antidepresivos se comercializó después de los ISRS, explicados anteriormente. El objetivo era ampliar el mecanismo de acción más allá de la 5-HT con el fin de mejorar la eficacia sin incurrir en los efectos secundarios o de toxicidad asociados a los casos de sobredosis con los ADT. Por tanto, las principales ventajas de las nuevas clases de antidepresivos son su seguridad y tolerabilidad (Adams et al., 2008).

2.1.5.1. Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina: venlafaxina

La *venlafaxina* inhibe la recaptación de NA. Aunque se metaboliza a través del CYP2D6, ejerce una acción inhibitoria sobre éste muy inferior a la de los ISRS, por lo que la posibilidad de interacciones es menor (Saiz y Montes, 2005).

Los efectos secundarios más frecuentes se muestran en la Tabla 14. En esta misma tabla se pueden observar las dosis iniciales y diarias recomendadas.

Según las conclusiones del NCCMH y RCP (2010) no hay diferencias clínicamente importantes entre la *venlafaxina* (en cualquier dosis) y otros antidepresivos en cualquier resultado de eficacia. Esto pasa también en cuanto a su aceptabilidad y tolerabilidad.

2.1.5.2. Antidepresivo noradrenérgico y específico serotoninérgico (NaSSA)

El único representante de este grupo de agentes es la *mirtazapina*. Su mecanismo de acción es realmente distinto, ya que bloquea los autorreceptores alfa-2-adrenérgicos potenciando la transmisión NA. Además potencia la transmisión 5-HT de manera directa al ser agonista 5-HT-1-A (Saiz y Montes, 2005). Los efectos secundarios más frecuentes se presentan en la Tabla 14. Se sabe que la *mirtazapina* tiene un inicio de acción ligeramente más rápido que los ISRS y puede causar menos alteración del sueño, pero también puede causar más aumento de peso (Hansen et al., 2005). La dosis inicial y diaria recomendada se presenta en la Tabla 14.

Según las conclusiones extraídas por el NCCMH y RCP (2010) no hay ninguna diferencia entre la *mirtazapina* y otros antidepresivos en cualquier medida de eficacia. Sin embargo, existe una fuerte evidencia de que es menos probable que los pacientes tratados con *mirtazapina* dejen tempranamente el tratamiento debido a los efectos adversos.

2.1.5.3. Inhibidor selectivo de la recaptación de noradrenalina (ISRN)

La *reboxetina* es actualmente el único antidepresivo con actividad selectiva de inhibición sobre la recaptación de NA. La mayor utilidad de la reboxetina se produce en la asociación a los ISRS en depresiones resistentes (Saiz y Montes, 2005).

Se metaboliza a través del CYP3A, por lo que habrá que tener en cuenta este hecho en su co-administración con fármacos que se metabolicen a este nivel. No presenta un perfil de efectos adversos gastrointestinales ni de disfunción sexual a diferencia de los ISRS, pero sí que presenta efectos anticolinérgicos (Saiz y Montes, 2005). La dosis inicial y diaria recomendada se presenta en la Tabla 14.

Se sabe que la *reboxetina* es tan eficaz como otros antidepresivos en el tratamiento de la depresión (NCCMH y RCP, 2010).

Tabla 14- Antidepresivos de tercera generación: mecanismo de acción, dosis, interacciones y efectos secundarios.

PRINCIPIO ACTIVO	MECANISMO DE ACCIÓN		DOSIS (mg)		INTERACCIONES	EFECTOS SECUNDARIOS
	5-HT	NA	Inicial	Diaria		
INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA						
• Venlafaxina	+++	+	75	150-375	• Posibilidad menor de interacciones (se metaboliza con el CYP2D6 pero con una acción inhibitoria inferior a la de los ISRS).	• Náuseas, vómitos, efectos anticolinérgicos (menor grado que los ADT) • Cefalea, insomnio, vértigo (similar a los ISRS).
ANTIDEPRESIVO NORADRENÉRGICO Y ESPECÍFICO SEROTONINÉRGICO (NaSSA)						
• Mirtazapina	+	+	15	30-45	• No riesgo de interacciones.	• Sedación, somnolencia, sequedad de boca, aumento de apetito y peso.
INHIBIDOR SELECTIVO DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA (ISRN)						
• Reboxetina		+++	4	8	• Se metaboliza a través del CYP3A, aspecto a tener en cuenta en su co-administración con fármacos que se metabolizan a este nivel.	• Efectos anticolinérgicos.

Fuente: Elaboración propia

2.2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

A continuación se van a explicar los diferentes tratamientos psicológicos para la depresión, así como los estudios de comparación con los antidepresivos, con otros tratamientos, con placebos o condiciones control lista de espera.

En las últimas tres décadas, por lo menos 160 estudios controlados y comparativos han examinado los efectos de los tratamientos psicológicos comparándolos con condiciones control o con otros tratamientos (Cuijpers y Dekker, 2005). Este gran número de estudios ha demostrado claramente que la mayor parte de los tratamientos psicológicos evaluados en los diferentes ensayos tienen grandes efectos sobre la depresión.

Los tratamientos psicológicos para la depresión basados en la evidencia incluyen la Terapia Conductual (TC), la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la Terapia Interpersonal (TIP) (Natham y Gorman, 2007).

Estos tratamientos no son sólo eficaces en adultos con depresión, sino también en otras poblaciones como personas mayores (Cuijpers, Straten, Smits y Smit, 2006), en mujeres con depresión post-parto (Lumley, Austin, y Mitchell, 2004) en pacientes con depresión y trastornos médicos generales o neurológicos, como la esclerosis múltiple, (Mohr y Goodkin, 1999), así como en pacientes con cáncer (Sheard y McGuire, 1999).

Los tratamientos psicológicos se pueden llevar a cabo con eficacia en formato individual, grupal o en formato de auto-ayuda (Cuijpers, 1997; McDermut, Miller y Brown, 2001) Probablemente, la última contribución a esta lista es el tratamiento auto-aplicado a través de Internet (Spek et al., 2007), que se abordará con detalle en apartados posteriores.

A continuación se describen las características de los tratamientos psicológicos que han mostrado su utilidad en el abordaje de la depresión.

2.2.1. Terapia conductual (TC)

Como se ha señalado anteriormente, en la TC la depresión es entendida como el resultado de una baja tasa de refuerzo positivo, manteniéndose a través de refuerzos negativos. Por tanto, las terapias del comportamiento para la depresión tienen en común el hecho de que se centran en el aumento de las actividades positivas cotidianas, el aumento de comportamientos adaptativos y en reducir las experiencias de vida negativas (Nathan y Gorman, 2007).

La mayoría de los pacientes utilizan la evitación para minimizar las emociones negativas de las situaciones que les preocupan y que podrían serles desagradables (NCCMH y RCP, 2010). En consecuencia, la TC para la depresión se centra en la activación del comportamiento con el objetivo de animar al paciente a desarrollar comportamientos más gratificantes y centrados en la tarea, así como a salir de los patrones de refuerzo negativo. Este enfoque fue desarrollado por Lewinshon (1975). Él y su grupo optaron, por tanto, por un enfoque centrado en el contexto: contingencias de la conducta, en lugar de centrarse en explicaciones internas de la persona (Vallejo, 2012).

Una de las técnicas específicas de la TC es la programación de actividades. La programación de actividades agradables es el componente de *técnicas conductuales* de la terapia cognitiva de Beck, que recibió el nombre de AC (Jacobson et al., 1996).

Nos vamos a centrar en dicha AC, pues es una forma de TC que se ha convertido en un enfoque específico de tratamiento para la depresión. Desde finales de los años 90 los programas conductuales se han enmarcado dentro de los denominados AC (Vallejo, 2012). Esta terapia de AC fue impulsada por Jacobson (1994).

Las primeras versiones de AC se centraron principalmente en alentar a los pacientes a participar en las actividades agradables. Se han ido desarrollando variaciones contemporáneas de AC, cada una con algunos aspectos únicos (Kanter, Santiago-Rivera, Rusch, Busch y West, 2010) pero con importantes características comunes: todas las versiones de AC incluyen algún tipo de programación de las diferentes actividades diarias que guardan una relación funcional con los síntomas de la depresión. Estas actividades están diseñadas o seleccionadas para tener una serie de efectos, como evocar sensación de dominio y / o placer (Jacobson et al., 1996) o alterar los patrones de evitación (Jacobson et al., 2001), la regulación de las rutinas diarias del individuo (Jacobson et al., 2001), y/o ayudarlo a comportarse de una manera que sea más coherente con los valores personales (Lejuez, Hopko y Hopko, 2001). Para la AC es fundamental el análisis funcional de la conducta, la aceptación y la puesta en marcha de planes de acción definidos de acuerdo con los intereses y valores del paciente. El análisis funcional permite identificar las conductas de evitación que deben ser reducidas o eliminadas. El aumento de actividad por sí sola no es suficiente, siempre se debe saber qué función tiene dicha actividad. Además, se insta al paciente a estar activo según un plan previamente establecido, independientemente de su estado de ánimo (Jacobson et al., 2001). Es decir, se subraya la importancia de hacer las cosas que se propone hacer, aunque inicialmente no le apetezca o le resulte difícil (Vallejo, 2012).

Esta terapia de AC es considerada un tratamiento individualizado (Martell et al., 2001) y se define como una intervención psicológica estructurada, limitada en el tiempo (duración en torno a 15 sesiones) y discreta, derivada del modelo de comportamiento de los trastornos afectivos (NCCMH y RCP, 2010). En ella el terapeuta y el paciente trabajan en colaboración para identificar los efectos de los comportamientos en los síntomas, sentimientos y/o áreas problemáticas. Además, tratan de reducir los síntomas y comportamientos problemáticos a través de las tareas conductuales en relación con: reducción de la evitación, exposición

gradual, la programación de las actividades, y la iniciación de comportamientos reforzados positivamente (NCCMH y RCP, 2010). Se aplican nuevas estrategias de afrontamiento y finalmente se aborda la prevención de recaídas (Vallejo, 2012). Utiliza varios acrónimos para orientar el proceso terapéutico. Entre ellos cabe destacar: ACTION. Según éste, el primer elemento consiste en analizar los comportamientos en su contexto (*Asses*), después elegir que conducta a eliminar o activar (*Choose*), a continuación poner en práctica la conducta elegida (*Try*), seguidamente integrar dicha conducta en las actividades habituales (*Integrate*) y observar los resultados y funciones de esa conducta (*Observe*) y finalmente nunca rendirse (*Never give up*) (Vallejo, 2012).

Se han desarrollado también programas de intervención breves manualizados que permiten una aplicación más simplificada de la AC (Lejuez et al., 2001).

En cuanto a la eficacia de la AC la división 12 de la *American Psychological Association* considera que la AC para el tratamiento de la depresión es un tratamiento bien establecido. Es decir, tiene el máximo grado de evidencia y sustento empírico, de acuerdo con los criterios de evaluación de la eficacia de los tratamientos (Chambless y Hollon, 1998).

Un importante trabajo que determinó la eficacia de la AC fue el de Jacobson y su grupo (1996) en el que se comparó la TCC completa con cada uno de sus componentes por separado: un grupo con AC y otro grupo con AC más modificación de los pensamientos automáticos negativos. Se encontró que las tres formas de intervención fueron igualmente efectivas, tanto inmediatamente, tras las 20 sesiones, como en el seguimiento de los seis meses. Además el grupo de AC permaneció igualmente bien a los dos años de seguimiento y los tres grupos tuvieron las mismas tasas de recaída y tiempo de recaída (Gortner, Gollan, Dobson y Jacobson, 1998). Una replicación del estudio de Jacobson, en el que se analizaron los componentes de la TCC, fue el llevado a cabo Dimidjian y su grupo (2006). Este estudio demostró que la AC es más eficaz que la terapia cognitiva cuando se trata de pacientes con depresión grave. En estos pacientes con depresiones más severas la AC y los fármacos antidepresivos (paroxetina) fueron tratamientos igualmente efectivos (Dimidjan et al., 2006).

En la misma línea, están los estudios realizados por Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop y Hollon (2007) que sugieren que la AC puede ser particularmente útil para las personas con niveles graves de síntomas depresivos. La investigación posterior ha confirmado estos hallazgos iniciales y ha establecido la AC como un tratamiento eficaz autónomo para la

depresión. Se cree que la AC forma parte de una intervención más eficaz y, posiblemente, una base conceptual más parsimoniosa que sustenta la eficacia de la TC (Jacobson et al., 1996; Kanter, Callaghan, Landes, Busch y Brown, 2004).

Las revisiones meta-analíticas apoyan claramente la AC como una intervención eficaz (Cuijpers, van Straten y Warmerdam, 2007; Mazzucchelli, Kane y Rees, 2009).

En cuanto a la comparación de la AC frente a un grupo control, los resultados de los meta-análisis revisados en el trabajo de Cuijpers, Andersson, Donker y van Straten (2011) muestran que la AC es eficaz comparada con un grupo control. Además que es igualmente eficaz que la TCC y la TIP (Cuijpers, Andersson et al., 2011). Los estudios revisados por el NCCMH y RCP (2010) muestran también que no hay diferencias clínicamente importantes entre la TCC y la AC (Dimidjian et al., 2006, Jacobson et al., 1996).

En cuanto a la comparación de la AC con otro tipo de terapias para la depresión, un estudio llevado a cabo por Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert (2003) comparó la AC con un tratamiento de apoyo (tres veces a la semana, 20 minutos durante 14 días) que consistía en una discusión no directiva con el clínico en la que se animaba al paciente a compartir sus experiencias. Los resultados de este estudio mostraron que en el post-tratamiento la AC fue mejor. Sin embargo este resultado no fue significativo por lo que se tiene que interpretar con precaución (NCCMH y RCP, 2010). En un reciente ensayo controlado aleatorizado (ECA) de este mismo autor y sus colaboradores se ha comparado la AC con la terapia de resolución de problemas en pacientes con cáncer (Hopko et al., 2011). En este estudio ambos tratamientos mostraron mejorías estadística y clínicamente significativas en la depresión y éstas se mantuvieron durante un período de un año después del tratamiento.

Vemos, por tanto, como en los últimos años se ha renovado el interés por la AC, siendo ahora un enfoque específico para el tratamiento de la depresión, a pesar de que siempre ha formado parte de los TCC de la depresión (Beck, 1997) que se explican a continuación.

2.2.2. Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TCC para la depresión fue desarrollada por Aaron T. Beck durante la década de 1950 y se formalizó en un tratamiento a finales de 1970 (Beck et al., 1979). Se centraba principalmente en los estilos de pensamiento y razonamiento consciente de las personas deprimidas, que, como se ha explicado anteriormente, Beck postula que son el resultado de la

operación de esquemas cognitivos y creencias subyacentes. Como se ha visto ya en el apartado dirigido a explicar su teoría, la persona deprimida se centra en opiniones negativas de sí mismo, el mundo y el futuro. Uno de los objetivos de la TCC es reducir los síntomas depresivos corrigiendo y contrarrestando este tipo de pensamientos automáticos, creencias disfuncionales y actitudes negativas (Beck et al., 1979) que favorecen el problema y que son en gran medida características de la depresión (Vallejo, 2012).

La TCC tiene un enfoque educativo donde, a través de la colaboración, la persona aprende a reconocer sus patrones de pensamiento negativos y a reevaluarlos. Se trabaja para cambiar estos estilos de pensamiento, pero también, muy importante, los comportamientos negativos que pueden contribuir a la aparición o el mantenimiento de la depresión. Por tanto, este enfoque combina la terapia cognitiva, que ayuda a la persona a desarrollar patrones de pensamiento saludables y la terapia del comportamiento, que ayuda a los pacientes a responder de forma más adaptativa a las situaciones difíciles de la vida (Sacco y Beck, 1995).

Algunas de las técnicas específicas que conforman las TCC son la reestructuración cognitiva, la técnica de resolución de problemas y la AC, explicada anteriormente.

La **reestructuración cognitiva** es una técnica que tiene como finalidad cambiar creencias, expectativas, atribuciones que hace la persona sobre la realidad que le rodea. El cambio de estas creencias puede realizarse a través de procedimientos muy variados, que implican tanto intervenciones cognitivas (discusión racional, búsqueda de alternativas, etc.), procedimientos conductuales (pruebas de realidad, asignación de tareas graduadas, exposición en vivo, etc.) o una combinación simultánea de ambos procedimientos (Bas y Andrés, 1994). El objetivo es que la persona cuestione cualquier tipo de interpretación de la realidad, en tanto no se encuentre un apoyo empírico (Vallejo, 2012).

La TREC de Ellis (1962) y la Terapia Cognitiva de Beck (1979) son modelos de TCC en los que la reestructuración cognitiva figura como una herramienta esencial. En el apartado *Explicaciones cognitivas de la depresión* presentado anteriormente ya se han descrito las teorías de estos dos autores.

La **resolución de problemas** es otra técnica de tratamiento dentro del enfoque de TCC. La importancia específica de la resolución de problemas en el ámbito de la depresión fue puesta de manifiesto por Nezu y colaboradores (Nezu, 1987; Nezu, Nezu y Perri, 1989). Según estos autores, tal y como se ha explicado en el apartado en el que se expone su teoría, las

habilidades para resolver problemas ejercen un papel modulador de la relación entre factores estresantes y el desarrollo de la depresión. Por tanto, frecuentemente una habilidad requerida en el manejo de la depresión es la capacidad que tiene la persona para resolver problemas relacionados directa o indirectamente con ella (Vallejo, 2012).

La técnica de resolución de problemas es una intervención psicológica que se centra en enseñar a la persona a hacer frente racionalmente a áreas del problema específicas (Vallejo, 2012). Paciente y terapeuta trabajan en colaboración para identificar y priorizar las áreas problemáticas clave, para desmenuzar los problemas en tareas manejables y específicas y desarrollar conductas de afrontamiento adecuadas para dichos problemas (NCCMH y RCP, 2010). Algunas personas presentan problemas específicos en la primera fase de este proceso: Orientación hacia el problema. En esta fase la persona se expresa acerca del problema y se aprecia que no acepta el problema, o que cree que no lo puede soportar, realizando una interpretación desadaptativa del mismo y también del hecho de tener problemas. En otros casos, lo que sucede es que hay un déficit específico de la puesta en práctica de las soluciones a los problemas (Bas y Andrés, 1994). Para profundizar en esta técnica se puede consultar el trabajo de Nezu y Nezu (1991).

Otra de las técnicas de tratamiento dentro de los TCC es la AC, se trata del componente de *técnicas conductuales* de la terapia cognitiva de Beck (Beck et al., 1979). Esta técnica de intervención se ha explicado con detalle en el apartado anterior.

La aplicación conjunta de estas técnicas (reestructuración cognitiva, resolución de problemas, AC) conforman los TCC que se definen como intervenciones psicológicas estructuradas, discretas y limitadas en el tiempo, derivadas del modelo cognitivo conductual de los trastornos afectivos (NCCMH y RCP, 2010). En estas intervenciones psicológicas, como se ha señalado anteriormente, el paciente trabaja en colaboración con el terapeuta para identificar los tipos y efectos de sus pensamientos, creencias e interpretaciones sobre sus síntomas, sentimientos o áreas problemáticas. Además, la persona desarrolla habilidades para identificar, controlar y contrarrestar dichos pensamientos problemáticos, creencias e interpretaciones. También, muy importante, aprende un repertorio de habilidades de afrontamiento adecuadas. En la mayoría de los ensayos individuales de TCC, el manual utilizado ha sido *La Terapia Cognitiva para la Depresión* de Beck (1979), que recomienda realizar de 16 a 20 sesiones para el tratamiento y la prevención de recaídas (NCCMH y RCP, 2010).

Hay evidencia clara de que la TCC es eficaz para el tratamiento de la depresión, siendo considerada como un tratamiento empíricamente validado y basado en la evidencia (Antony y Stein, 2009; DeRubeis et al., 2005; Nathan y Gorman, 2007). Hay un gran cúmulo de resultados que se sustentan en ECA con las convenientes garantías clínicas (Vallejo, 2012). Ha sido ampliamente contrastada (Vittengl, Clark, Dunn y Jarrett, 2007) por lo que es habitual señalar que la TCC es el abordaje de elección en el tratamiento de la depresión (Vallejo, 2012).

Los meta-análisis muestran que la TCC tiene una efectividad similar a los antidepresivos en pacientes con depresión leve o moderada (DeRubeis, Gelfand, Tang y Simons, 1999) y con pacientes ambulatorios con depresión severa (DeRubeis et al., 2005). En la misma línea, están los resultados de los estudios revisados por el NCCMH y RCP (2010) que sugieren una equivalencia entre la TCC y los antidepresivos. Desde siempre la investigación basada en este aspecto ha demostrado que los efectos de ambos tipos de tratamiento son comparables (Robinson, Berman y Neimeyer, 1990). En cuanto al hecho de abandonar el estudio tempranamente, se observa que se corre un riesgo significativamente mayor de interrumpir el tratamiento en el grupo de antidepresivos (NCCMH y RCP, 2010). Además, los resultados del estudio de Dimidjian et al. (2006) indican que al año de seguimiento las personas que recibieron TCC tenían menos probabilidades de recaída después del tratamiento en comparación con los previamente tratados con antidepresivos.

Por lo que se refiere a la comparación del tratamiento combinado de TCC con antidepresivos, comparado con el tratamiento sólo con antidepresivos, se ha probado que un tratamiento combinado es ligeramente más eficaz que el tratamiento solamente con farmacoterapia (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick y Munizza, 2004). Según los estudios revisados por el NCCMH y RCP (2010) los que recibían el tratamiento combinado tenían un menor riesgo de interrupción del tratamiento que los que solamente recibían antidepresivos. Además, hay pruebas de que el tratamiento combinado tiene un efecto medio significativo en la reducción de las puntuaciones de auto-percepción de depresión y de las puntuaciones en la depresión valoradas por el clínico. Sin embargo, a los 6 y 12 meses de seguimiento, los datos fueron limitados (NCCMH y RCP, 2010).

Cuando se compara la combinación de TCC más antidepresivos con solamente TCC algunos estudios no encuentran diferencias significativas (Murphy, Simons, Wetzel y Lustman, 1984; Thompson, Coon, Gallagher-Thompson, Sommer, Koin, 2001) mientras que otros han encontrado que la combinación de tratamientos es significativamente más eficaz que el

tratamiento psicológico sólo (Keller et al., 2000; Ravindran et al., 1999). A esta conclusión llegan algunos meta-análisis (De Maat, Dekker, Schoevers y de Jonghe, 2007; Friedman et al., 2004). Sin embargo, hay estudios que han encontrado que el tratamiento psicológico sólo es más eficaz que el tratamiento combinado (Hersen, Himmelhoch, Thase y Bellack, 1984; Friedman, 1975).

Esto podría sugerir que, aunque el conjunto de datos de TCC y antidepresivos apoya el tratamiento combinado (De Maa et al., 2007; Friedman et al., 2004), el beneficio clínico podría derivarse de la TCC sola (NCCMH y RCP, 2010). Los resultados de un reciente meta-análisis van en esta línea (Cuijpers, van Straten, Warmerdam y Andersson, 2009). Este estudio se ha centrado en analizar si el tratamiento combinado es superior al tratamiento psicológico o farmacológico sólo, encontrado en los meta-análisis anteriores (De Maat et al., 2007; Friedman et al., 2004). Los resultados mostraron que en el seguimiento no había diferencias entre los tratamientos psicológicos y los tratamientos combinados (Cuijpers et al., 2009).

En cuanto a la TCC en comparación con un grupo control lista de espera, según los resultados de los estudios revisados por el NCCMH y RCP (2010), la eficacia de la TCC para el tratamiento de la depresión es grande en las puntuaciones de auto-informe y, además, muestra un efecto en las puntuaciones de depresión reportadas por los clínicos (DeRubeis et al., 2005; Dimidjian et al., 2006). A esta misma conclusión llegan Cuijpers, Andersson et al. (2011) en su trabajo reciente sobre los resultados de una serie de meta-análisis que muestran que TCC es eficaz comparada con un grupo control.

Cuando se compara la TCC con otras terapias diseñadas para la depresión como la AC y la terapia interpersonal (TIP), que se explica a continuación, no se encuentran diferencias clínicamente importantes entre la TCC y la AC (Cuijpers, Andersson et al., 2011; Dimidjian et al., 2006, Jacobson et al., 1996) ni entre la TCC y la TIP (Luty et al., 2007; Marshall, Zuroff, McBride y Bagby, 2008).

En algunos estudios se ha examinado la TCC en grupo (Allart-van, Hosman, Hoogduin y Schaap, 2003). Estos utilizan principalmente el enfoque *"Coping With Depression Course"* (Lewinsohn, Clarke y Hoberman, 1989; Kuehner, 2005). En los estudios que han analizado las diferencias entre la TCC en grupo, con un grupo control lista de espera o un tratamiento habitual (Allart van et al., 2003; Haringsma, Engels, Cuijpers y Spinhoven, 2006) se ha encontrado un efecto medio significativo en la TCC grupal en la reducción de las puntuaciones

de depresión al final del estudio y a los seis meses de seguimiento. Por lo tanto, la TCC grupal (en particular, *Coping with Depression Course*) parece un tratamiento también efectivo para las personas con depresión leve (NCCMH y RCP, 2010).

2.2.2.1. La Terapia Cognitiva Basada en el *Mindfulness* (TCBM)

La TCBM fue desarrollada con un enfoque específico en la prevención de las recaídas o recurrencia de la depresión (Segal et al., 2002; Teasdale et al., 2000). Consiste en un programa grupal de 8 semanas con una duración de cada sesión de 2 horas, y cuatro sesiones de seguimiento en el año que sigue a la finalización del tratamiento. El número de pacientes por grupo oscila de 8 a 15 por lo que tiene potencial para ayudar a un gran número de personas (NCCMH y RCP, 2010).

Esta intervención se deriva de un programa de la reducción del estrés basado en técnicas de *mindfulness* que ha probado su eficacia en las personas con enfermedades crónicas (Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1990) y de la TCC para la depresión (Beck et al., 1979) explicada anteriormente, que ha demostrado su eficacia en la prevención de la recaída/ recurrencia de la depresión (Hollon et al., 2005).

Utiliza técnicas que se centran en enseñar a las personas a ser más conscientes de sus sensaciones corporales, sus pensamientos y sentimientos asociados con la recaída depresiva, y a relacionarse de manera constructiva y saludable con estas experiencias (Lau, Segal y Williams, 2004). En las últimas etapas del programa de tratamiento, los pacientes desarrollan un plan de acción que establece las estrategias para responder cuando se den cuenta de los primeros signos de alerta de la recaída o recurrencia de la depresión (Williams, Russell y Russell, 2008).

Los estudios revisados por el NCCMH y RCP (2010) sugieren un menor riesgo significativo de recaída si se combinaba la TCBM con la atención habitual del médico general. Además, en cuanto a la reducción de las tasas de recaída, cuando se comparó el grupo TCBM con los antidepresivos, se observó un efecto (de pequeño a mediano) en el grupo TCBM en lograr una reducción de las puntuaciones de depresión al mes y a los 15 meses de seguimiento (NCCMH y RCP, 2010).

Tanto la TCBM (Segal et al., 2002) como la reducción del estrés basada en *mindfulness* (Kabat-Zinn et al., 1992) se han convertido en tratamientos populares en la psicoterapia contemporánea (Baer, 2003; Bishop et al., 2004; Hayes, 2004; Salmon, Lush, Jablonski y Sephton, 2009). Sin embargo, hasta la fecha, como se ha explicado anteriormente, las aplicaciones se han centrado principalmente en la prevención de recaídas en lugar del centrarse en el tratamiento de sintomatología aguda (Toneatto y Nguyen, 2007). Por tanto, se sabe poco sobre el papel de las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM) en el tratamiento de los síntomas agudos de la depresión y la ansiedad (Edenfield y Saeed, 2012).

Las revisiones de la evidencia disponible han puesto de manifiesto hallazgos contradictorios sobre la eficacia de estas IBM (Edenfield y Saeed, 2012), así como las limitaciones en relación con el rigor metodológico empleado en estudios existentes (Toneatto y Nguyen, 2007). En el año 2010, se publicaron los resultados de un meta-análisis de las IBM para la ansiedad y la depresión en muestras clínicas (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010). En dicho meta-análisis se revisaron 39 estudios, incluyendo un total de 1.140 participantes que recibieron las IBM para diferentes condiciones (por ejemplo, cáncer, TAG, depresión y otros problemas psiquiátricos o médicos). Las estimaciones de los tamaños del efecto calculados mostraron que las IBM fueron moderadamente eficaces para mejorar la ansiedad y los síntomas del estado de ánimo de los momentos pre al post-tratamiento en la muestra general. Es importante señalar que en los pacientes diagnosticados de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, las IBM se asociaron con mejoras más significativas. Los resultados fueron robustos, sin que se detectara relación con el año de publicación o el número de sesiones de tratamiento. Además, las mejoras se mantuvieron en los periodos de seguimiento. Esto sugiere que la IBM es una intervención prometedora para el tratamiento de problemas de ansiedad y estado de ánimo en poblaciones clínicas (Hofmann et al., 2010).

En general, la literatura disponible sugiere que las IBM, pueden representar enfoques viables para el tratamiento de los síntomas de la ansiedad y la depresión. Sin embargo, dada la fase inicial de esta línea de investigación y las limitaciones metodológicas de los estudios disponibles, la generalización de los resultados resulta difícil. Los resultados son prometedores en cuanto a la eficacia de entrenamiento en *mindfulness* por lo que respecta a la reducción de los síntomas, pero se necesita investigación adicional para determinar la eficacia y la efectividad de las IBM como métodos de tratamiento independientes, tanto para los síntomas

de ansiedad y depresión, como para los trastornos de ansiedad y depresión diagnosticados por los criterios del DSM (Edenfield y Saeed, 2012).

2.2.3. Terapia Interpersonal (TIP)

La TIP fue desarrollada por Klerman y Weissman (Klerman et al., 1984) inicialmente para la depresión, como se ha explicado en apartados anteriores, aunque ahora se ha extendido a otros trastornos (Weissman, Markowitz y Klerman, 2000). El modelo de TIP deriva en gran parte de la teoría interpersonal de Sullivan (1953) y de la teoría psicobiológica de Meyer (1957). Esta terapia se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales en lugar de los intra-psíquicos (creencias negativas o pensamientos automáticos en la TCC). Las principales tareas clínicas son ayudar a los pacientes a aprender a vincular su estado de ánimo con sus contactos interpersonales y reconocer que, al abordar adecuadamente las situaciones interpersonales, es posible que al mismo tiempo mejoren tanto sus relaciones como su estado depresivo (NCCMH y RCP, 2010).

La TIP es una intervención psicológica estructurada, discreta y limitada en el tiempo (12 a 16 semanas). En ella el terapeuta y el paciente trabajan en colaboración para identificar los efectos de las áreas problemáticas clave relacionadas con los conflictos interpersonales, transiciones de rol, el dolor y la pérdida, y las habilidades sociales, y sus efectos sobre los síntomas actuales, sentimientos y / o problemas. Además, trata de reducir los síntomas aprendiendo a afrontar o resolver estas áreas interpersonales problemáticas (NCCMH y RCP, 2010).

Al principio del tratamiento, el paciente y el terapeuta se comprometen a trabajar en una determinada esfera de actividad que incluya: transiciones de roles interpersonales, roles / conflictos interpersonales, dolor y / o déficits interpersonales. Puede ser administrada como una terapia centrada individualmente, pero se ha desarrollado también como una terapia de grupo (Wilfley, MacKenzie, Welch, Ayres y Weissman, 2000). El carácter de las sesiones de terapia es, en gran parte, facilitar la comprensión de los acontecimientos recientes en términos interpersonales y explorar formas alternativas de manejo de esas situaciones. Aunque no hay un énfasis explícito en las "tareas para casa", a diferencia de la TCC, hay un énfasis en la introducción de cambios en las relaciones interpersonales y las tareas para conseguir este fin pueden llevarse a cabo entre las sesiones (NCCMH y RCP, 2010).

En cuanto a la eficacia de la TIP para la depresión, en el primer ECA llevado a cabo por los autores de dicho tratamiento (Di-Mascio et al., 1979), se observó que el tratamiento con la TIP, con antidepresivos (amitriptilina) y la combinación de ambos tratamientos fueron significativamente más efectivos que la condición control. Además, la combinación de ambos tratamientos resultó ser significativamente más efectiva que cada uno de los tratamientos solos. En un estudio más reciente de la combinación de ambos tratamientos en comparación con los antidepresivos se encontró un efecto medio significativo en la reducción de las puntuaciones de depresión referidas por el clínico en el post-tratamiento a favor de la combinación de la medicación con la TIP (Schramm et al., 2007). Cuando se ha examinado la eficacia de la TIP como único tratamiento en comparación con el tratamiento farmacológico mediante antidepresivos la evidencia sugiere que no hay diferencias significativas entre los dos grupos (Elkin et al., 1989; Schulberg et al., 1996). En este sentido, un meta-análisis sugiere también que la TIP es tan efectiva como la medicación (De Mello, De Jesus Mari, Bacaltchuk, Verdeli y Neugebauer, 2005).

Se puede comprobar que los datos de los ensayos realizados con la TIP como único tratamiento y en combinación con los antidepresivos para la depresión muestran resultados favorables en la dirección de que la TIP es una intervención eficaz (Nathan y Gorman, 2007). Esta afirmación queda corroborada por un reciente meta-análisis llevado a cabo por Cuijpers, Geraedts et al. (2011) en el que se incluyeron treinta y ocho estudios (4.356 pacientes).

Otros estudios se ha centrado en una revisión de los resultados obtenidos, a corto plazo, en pacientes que recibían TIP por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y trabajadores que no eran especialistas en salud mental, y los datos indican que en todos los grupos se observó una remisión de síntomas (Weissman, 2007).

En cuanto a la comparación de la TIP con un grupo control, en el meta-análisis de Cuijpers, Geraedts et al. (2011) referido anteriormente, se encontró un tamaño del efecto global de 0,63 en los 16 estudios que compararon la TIP con un grupo control. Los resultados del trabajo de Cuijpers, Andersson et al. (2011) muestran también la eficacia de la TIP comparada con un grupo control.

En cuanto a la comparación de la TIP con grupos placebo, cabe mencionar el estudio llevado a cabo por Elkin et al. (1989). En este estudio hubo un mayor riesgo de interrupción del tratamiento en el grupo placebo en comparación con el de TIP. Además se encontró un efecto

significativo entre pequeño y mediano en la TIP en cuanto a la reducción de las puntuaciones de depresión en el post-tratamiento en comparación con el grupo placebo.

Con respecto a la comparación de la TIP con otros tratamientos psicológicos, en el meta-análisis de Cuijpers, Geraedts et al. (2011) diez estudios hacían esta comparación y se observó un tamaño del efecto diferencial no significativo a favor de la TIP. Estudios que han comparado la TIP con la TCC no han encontrado diferencias clínicamente importantes entre ellas (Luty et al., 2007, Marshall et al., 2008; Power y Freeman, 2012). No obstante, el trabajo de Cuijpers, Andersson, et al. (2011) que revisa varios meta-análisis concluye que la TIP es significativamente más eficaz que otras formas de terapia, entre ellas la TCC y la AC. Sin embargo, una reciente revisión sistemática sobre la eficacia de la TIP para el tratamiento de la depresión mayor en pacientes ambulatorios mostró que la TCC y la TIP son igualmente eficaces (Van Hees, Rotter, Ellermann y Evers, 2013).

La evidencia disponible muestra que no hay ninguna duda de que la TIP trata eficazmente la depresión, tanto como un tratamiento independiente o en combinación con la farmacoterapia. Por tanto, merece su lugar en las directrices de tratamiento como uno de los tratamientos empíricamente validados para la depresión (Cuijpers, Geraedts et al., 2011).

2.2.4. Perspectiva transdiagnóstica

Como se ha visto en apartados anteriores, contamos con una serie de TBE para afrontar el grave problema en la salud pública que generan los trastornos depresivos (Antony y Stein, 2009; Nathan y Gorman, 2007). El desarrollo de los TBE ha tenido lugar junto a una gran cantidad de investigaciones dirigidas a saber como abordar mejor los diferentes síntomas de cada uno de los trastornos incluidos en los manuales de clasificación diagnósticos. Se esperaba que el desarrollo de estos protocolos de TBE facilitara el acceso a tratamientos con apoyo empírico; sin embargo, existen numerosos protocolos y ello dificulta a los profesionales el logro de una adecuada formación en cada uno de ellos. Además, no hay una buena manera de elegir entre ellos o decidir cómo se deberían aplicar (qué secuencia seguir, cómo establecer adecuadamente la combinación entre distintos protocolos a la hora de aplicarlos, etc.). Esto es especialmente problemático cuando los profesionales se enfrentan a la realidad clínica que supone unas tasas muy elevadas de co-morbilidad en los pacientes. En el mejor de los casos, el clínico que defiende la importancia de aplicar TBE, en muchas situaciones debe elegir entre los

protocolos existentes de trastorno único (por ejemplo, para el TP) para abordar los trastornos co-mórbidos que presenta un determinado paciente. Este estado de cosas ha obstaculizado enormemente su diseminación (McHugh y Barlow, 2010). En resumen, contamos con un gran número de manuales de diagnóstico y tratamiento específicos, muchos con mínimas variaciones entre ellos, en cuanto a los procedimientos de tratamiento.

Por otra parte, como ya se ha referido en el apartado de *Comorbilidad*, hay evidencia acerca de la existencia de un solapamiento entre las estructuras latentes y las características clínicas de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado del ánimo, conformando ambos los trastornos emocionales (TE) (Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009; Wilamowska, et al. (2010). Los avances logrados en la comprensión de la naturaleza de los TE muestra que los aspectos comunes en cuanto a su etiología son mayores que sus diferencias, y, además de presentar una alta tasa de comorbilidad (Allen et al., 2010; Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Kessler, Berglund, y Demler, 2003; Kessler et al., 2008), los tratamientos psicológicos dirigidos a los trastornos de ansiedad a menudo producen mejoras adicionales en otros trastornos de ansiedad o en trastornos del estado de ánimo co-mórbidos a los que no va dirigido específicamente el tratamiento (Allen et al., 2010; Borkovec, Abel y Newman, 1995; Brown, Antony y Barlow, 1995; Tsao, Lewin y Craske, 1998; Tsao, Mystkowski y Zucker, 2002). A esto se suma la evidencia de la existencia de mecanismos neurobiológicos compartidos (Etkin y Wager, 2007; Porto et al., 2009; Shin y Liberzon, 2010). En base a todo esto, se ha sugerido que, quizás, los actuales sistemas diagnósticos podrían estar poniendo demasiado énfasis en categorías que serían variaciones menores de un síndrome subyacente más amplio (Brown y Barlow, 2005, 2009). Este ha sido llamado "síndrome neurótico general" (Andrews, 1990, 1996, Brown y Barlow, 2009; Brown, Chorpita y Barlow 1998). Bajo esta conceptualización, la heterogeneidad en la expresión de los síntomas de un TE (por ejemplo, las diferencias individuales en la prominencia de la ansiedad social, los ataques de pánico y la anhedonia) se consideran una variación trivial en la manifestación de este síndrome más amplio (Barlow, Sauer-Zavala et al., 2013). Las nuevas investigaciones sobre las características dimensionales latentes de los TE han puesto de manifiesto una estructura jerárquica que hace hincapié en dos núcleos de base genética (o dimensiones de temperamento): el neuroticismo y la extraversión (Barlow, Sauer-Zavala et al., 2013). Estos conceptos, están basados originalmente en el modelo de Eysenck (1961, 1981) y aunque han recibido varias etiquetas (afecto negativo, inhibición del comportamiento, ansiedad rasgo y evitación del malestar como términos alternativos para el neuroticismo; y afecto positivo o activación conductual como

términos alternativos a la extraversión), la literatura existente destaca el papel que desempeñan en el inicio, la superposición, y el mantenimiento de la ansiedad y los trastornos depresivos (Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009; Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Gershuny y Sher, 1998; Griffith et al, 2010; Kasch, Rottenberg, Arnow y Gotlib, 2002; Kessler et al., 2011). Barlow en su modelo ha propuesto tres tipos de vulnerabilidad diferentes pero relacionadas entre sí (*triple vulnerability theory*; Barlow, 2000; Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis y Carl, 2013): La vulnerabilidad biológica general (heredable), la vulnerabilidad psicológica general, que se asocia con cambios en la función cerebral a causa de experiencias tempranas adversas, y la vulnerabilidad psicológica más específica, también en gran medida aprendida, que explica por qué se desarrolla un TE en lugar de otro (Barlow, Sauer-Zavala et al., 2013). Se defiende que las dos vulnerabilidades generalizadas funcionan como factores de riesgo directos para el desarrollo de un TE, que asociado a la tercera vulnerabilidad, más específica, hace que se cristalice en uno u otro trastorno (Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009). El término TE engloba a los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y a trastornos relacionados como los disociativos o somatomorfos, estando todos ellos estrechamente vinculados con el neuroticismo (Barlow, Ellard et al, 2011; Brown y Barlow, 2009). Las personas con TE tienen niveles más altos de afecto negativo y experimentan emociones negativas de manera más intensa y más frecuentemente (Brown y Barlow, 2009, Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofman, 2006; Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005). Además, aceptan menos las experiencias emocionales (McLaughlin, Mennin y Farach, 2007; Tull y Roemer, 2007, Weiss et al, 2012) por lo que encuentran la experiencia de vivir emociones negativas más desagradable (Roemer, Salters, Raffa y Orsillo, 2005). En vista de estas reacciones a las emociones negativas, no es de extrañar que las personas con TE muestren también una serie de estrategias cognitivas y conductuales destinadas a reducir el impacto de las mismas (MacLeod y Mathews, 2012; Mathews y MacLeod, 2005). Además, reaccionan con gran intensidad cuando se producen intentos de suprimir o evitar la experiencia emocional (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Moore, Zoellner y Mollenholt, 2008; Tull y Roemer, 2007). A esto se suma que muestran una mayor intolerancia hacia la incertidumbre y ambigüedad, o situaciones que se perciben como incontrolables, lo que da lugar a un incremento en el afecto negativo (Boelen, Vrinssen y van Tulder, 2010; Boswell, Thompson - Hollands, Farchione y Barlow, 2013; Lee, Orsillo, Roemer y Allen, 2010). Todas estas formas de interpretar y responder a las emociones negativas, paradójicamente, sirven para aumentarlas y mantenerlas. Por lo tanto, se considera que esta reacción patológica a la experiencia emocional constituye el núcleo

fenotípico de los TE (Barlow, Sauer-Zavala et al., 2013). Se han identificado varios constructos considerados como reacciones problemáticas a las emociones que pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de los distintos TE: la sensibilidad a la ansiedad (Reiss, 1991), la evitación de la experiencia interna (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996), déficits en mindfulness (Rasmussen y Pidgeon, 2011), la supresión de la emoción (Abramowitz, Tolin y Street, 2001), la rumiación (Aldao et al., 2010) y la evitación conductual (Manos, Kanter, y Busch, 2010). Resumiendo, la literatura indica que las personas con TE experimentan con frecuencia fuertes emociones negativas y evalúan estas experiencias como aversivas. Como resultado de estas reacciones negativas a sus emociones, estas personas son más propensas a participar en estrategias de afrontamiento de evitación, con el objetivo de manejar dichas experiencias emocionales. Estas estrategias, a su vez, aumentan paradójicamente la frecuencia / intensidad de las emociones negativas. Esta relación funcional puede estar impulsada por el neuroticismo, siendo este el núcleo de los TE (Barlow Sauer-Zavala et al., 2013).

En base a todos estos principios se ha puesto en marcha el desarrollo de tratamientos que se dirigen directamente al síndrome subyacente, en vez de a las variaciones de síntomas específicos de este síndrome. Estos tratamientos reciben el nombre de transdiagnósticos (Barlow, Ellard et al., 2011). Básicamente, esto supone una nueva forma de entender y de tratar los trastornos mentales. En lugar de centrarse en lo específico y diferencial de cada uno de ellos, la atención se focaliza más en lo que tienen en común, en los procesos psicológicos que subyacen a muchos de ellos, y se defiende que pueden abordarse mejor por un único conjunto de principios terapéuticos basados en la evidencia (Barlow, Allen, y Choate, 2004; Brown y Rosellini, 2011; Craske et al., 2009; Mansell, 2012; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Wilamowska et al., 2010). Los trabajos pioneros en esta línea los constituyó el grupo de Fairburn (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Fairburn et al., 2009). Este autor ha desarrollado un enfoque transdiagnóstico para los trastornos alimentarios basado en las dimensiones que comparten. En relación a los TE, uno de estos tratamientos ha sido desarrollado por el grupo de Barlow, y recibe el nombre de Protocolo Unificado Transdiagnóstico para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales (Barlow, Ellard, et al, 2011; Barlow, Farchione, et al., 2011). Este protocolo unificado es un TCC focalizado en la emoción y diseñado para ser aplicable a todos los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo unipolares, y posiblemente también a otros trastornos con fuertes componentes emocionales, tales como algunos trastornos disociativos o somatoformes.

Considera las aportaciones realizadas por los teóricos cognitivos-conductuales, e incorpora procedimientos basados en la evidencia que se utilizan en muchos de los tratamientos psicológicos existentes. En concreto, incluye la reestructuración cognitiva, modificación de la tendencia de realizar conductas desadaptativas asociadas a las emociones y procedimientos de exposición, a las situaciones externas, sensaciones internas y a las experiencias emocionales (Barlow, Ellard, et al, 2011). Además, pone notable énfasis en la naturaleza adaptativa y funcional de las emociones, y en la importancia de que el paciente tome conciencia de la contribución de las cogniciones, las sensaciones físicas y los comportamientos en provocar las experiencias emocionales. Este protocolo unificado ha sido sometido a prueba en diferentes estudios piloto (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010) y en un ECA (Barlow, Ellard, et al. 2011; Barlow, Farchione, et al., 2011). En este estudio, se siguió el mismo protocolo descrito en Ellard et al. (2010), con la inclusión adicional de técnicas orientadas a aumentar la motivación para realizar el tratamiento (Miller y Rollnick, 2002; Westra y Dozois, 2006). La versión actual también pone un mayor énfasis en la emoción positiva. Los resultados de dicho ECA proporcionan apoyo adicional al Protocolo Unificado como un tratamiento transdiagnóstico eficaz para los TE (Farchione et al., 2012) con mejorías estables hasta los 18 meses de seguimiento (Bullis, Fortune, Farchione y Barlow, 2013). Además, este grupo está llevando a cabo otro ECA en el que comparan el Protocolo Unificado con 4 protocolos de tratamiento establecidos para un único trastorno de ansiedad (TAG, TOC, FS y TP con o sin agorafobia). Siguiendo con el objetivo de evaluar el grado en que el protocolo de tratamiento corrige las vulnerabilidades temperamentales, además de los síntomas actuales, también han llevado a cabo una investigación de los efectos de dicho tratamiento transdiagnóstico en las dimensiones de temperamento (Carl, Gallagher, Sauer-Zavala, Bentley y Barlow, 2013). Los resultados muestran que el Protocolo Unificado produce efectos de pequeños a moderados, tanto en el neuroticismo como en la extraversión del pre al post-tratamiento, y estos cambios están asociados con mejoras en la sintomatología, deterioro funcional y calidad de vida (Carl et al., 2013). Además del grupo del Barlow, otros investigadores también han desarrollado tratamientos transdiagnósticos de corte cognitivo-comportamental para los trastornos de ansiedad (Norton, 2008; Schmidt et al., 2012). Los resultados con estos programas se suman a la creciente evidencia de la eficacia de los tratamientos transdiagnósticos y proporcionan apoyo a la hipótesis de que los individuos con diferentes diagnósticos pueden ser tratados por igual utilizando el mismo protocolo de tratamiento.

Entre las ventajas de los tratamientos transdiagnósticos está el hecho de que ofrecen un enfoque de tratamiento que elimina la necesidad de múltiples manuales de diagnósticos específicos (Mansell, Harvey, Watkins y Shafran, 2009); además, tiene implicaciones importantes respecto a la mayor facilidad para diseminar este tipo de tratamientos, así como en facilitar la buena formación y capacitación de los profesionales. Más específicamente, los tratamientos transdiagnósticos tienen el potencial de reducir la cantidad de tiempo y esfuerzo que se requiere para un adecuado entrenamiento, un factor que ha obstaculizado los esfuerzos de diseminación en el pasado (McHugh y Barlow, 2010). Recientes meta-análisis de estos protocolos de tratamiento transdiagnósticos para los trastornos de ansiedad (Norton y Price, 2007) y para la ansiedad combinada con la depresión (McEvoy, Nathan y Norton, 2009), son alentadores e indican que estos tratamientos pueden dar lugar a resultados similares a los tratamientos dirigidos a un trastorno específico, añadiendo el beneficio de la posibilidad de que los pacientes aprendan, al mismo tiempo, a manejar los trastornos co-mórbidos.

2.2.5. Intervenciones basadas en la psicología positiva

La psicología positiva surgió hace algo más de 10 años por la iniciativa de Martin Seligman (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). El motivo de su creación fue fomentar el interés de académicos e investigadores sobre el estudio de los aspectos psicológicos positivos del ser humano (Hervás, 2009), una área muy desatendida hasta ese momento. Se señaló la necesidad de complementar los enfoques centrados en los problemas, que hasta ese momento habían predominado. El nuevo campo de la psicología positiva pretende cubrir esta necesidad (Park, Peterson y Sun, 2013). Los resultados de las investigaciones de la psicología positiva tienen el propósito de contribuir a una comprensión científica más completa y equilibrada de la experiencia humana (Park y Peterson, 2009). No pretende reemplazar a la psicología tradicional, sino complementarla mediante la ampliación de los temas de estudio (Park et al., 2013).

Los temas esenciales en el campo de la psicología positiva se pueden agrupar en 4 grandes áreas relacionadas entre sí (Park et al., 2013): La primera de ellas es el **estudio de las emociones positivas (felicidad, plenitud, flujo, etc.)**. Esta área ha estado muy desatendida en el pasado. Mientras que se han estudiado durante años emociones como el miedo o la ira, apenas tenemos información sobre el funcionamiento de emociones positivas como el

agradecimiento, la alegría o el amor (Hervás, 2009). La investigación ha mostrado que las emociones positivas presentan una gran cantidad de efectos positivos en diversas áreas del funcionamiento psicológico (Park et al., 2013) como la mejora en la capacidad para resolver problemas, aumento de la creatividad, la capacidad para resistir el dolor o aumentar el altruismo, entre otras (Avia y Vázquez, 1998). La teoría de la “ampliación y construcción” (*Broaden-and-Build*) de Fredrickson (1998) plantea que las emociones positivas tienen como función principal el desarrollo de habilidades y comportamientos nuevos, favorecen la flexibilidad, la adaptación, la ampliación de pensamientos y acciones y la construcción de nuevos recursos para el futuro (Fredrickson, 1998).

La segunda área es el **estudio de rasgos individuales positivos** (fortalezas del carácter, talentos, intereses, valores). Es decir, el papel protector de determinados rasgos positivos en la aparición de trastornos físicos y psicológicos (Peterson, 2006). Se ha desarrollado un intenso trabajo de clasificación y elaboración de un sistema de evaluación, llegando a clasificar un total de 24 fortalezas. Dicho trabajo ha sido realizado fundamentalmente por Chris Peterson y Martin Seligman (2004), pero ha contado con la colaboración de otros muchos investigadores. Las aplicaciones desarrolladas centradas en las fortalezas no se plantean que una persona deba cultivar todas o la mayoría de ellas; sino que ponga en práctica y aplique en su vida cotidiana sus fortalezas principales (Hervás, 2009). Es importante no identificar la psicología positiva únicamente con el estudio del bienestar y la felicidad. Otra parte fundamental de la psicología positiva es el estudio de otros aspectos del ser humano, como la resiliencia, el afrontamiento adaptativo del trauma y el crecimiento post traumático (Vázquez, Castilla y Hervás, 2008).

Las otras áreas objeto de estudio de la psicología positiva son las **relaciones interpersonales positivas** (amistad, matrimonio, compañerismo) y las **instituciones positivas** (familias, escuelas, negocios, comunidades).

Los cuatro bloques referidos anteriormente agrupan una buena parte de la investigación. Pero hay otra área esencial, esta es la **vertiente aplicada de la psicología positiva**: el desarrollo de estrategias específicas, herramientas y su aplicación, tanto en programas de prevención, como de promoción de la salud y la elaboración de programas de intervención positivos o módulos positivos como complemento a programas estándar de intervención clínica (Fava y Ruini, 2003; Vázquez, Hervás y Ho, 2006).

Este apartado se va a centrar en dicha área (psicología positiva aplicada), destacando especialmente las herramientas positivas y programas positivos que han mostrado eficacia en la depresión o en la disminución de síntomas depresivos.

2.2.5.1. La psicología positiva aplicada

Para empezar cabe señalar que, aunque ya en la segunda mitad del siglo pasado la OMS definía salud como: *un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía* (WHO, 1984) lo cierto es que la aplicación real de esa definición no ha sido, ni mucho menos, como habría sido deseable (Vázquez y Hervás, 2009). Pero, de cualquier modo, es importante que en aquel entonces, ya se recalcará la insuficiencia de las definiciones habituales que había de salud. En esta misma dirección Atonovsky (1987) señaló en su “teoría salutógena humana” que la enfermedad no es el polo opuesto de la ausencia de la misma, sino de la salud positiva. Por tanto, según este autor, se tiene que añadir el estudio de los *factores salutógenos* (que causan o mantienen la salud positiva) a la investigación sobre los *factores patógenos* causantes de la enfermedad (Vázquez y Hervás, 2008). Tener un buen estado de salud mental o física no debe consistir solamente en carecer de enfermedades o trastornos sino el poder disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan hacer frente a las adversidades (Almedon y Glandon, 2007), así como crear las condiciones que permitan el máximo desarrollo de la persona (Vázquez y Hervás, 2008).

Existen razones teóricas y empíricas para pensar que el afecto positivo y el afecto negativo, el bienestar y el malestar son relativamente independientes (Keyes y Waterman, 2003). Por tanto, se pueden reducir de manera eficaz los problemas clínicos o síntomas de una persona, por ejemplo con los tratamientos referidos anteriormente en el caso concreto de la depresión, pero eso no conlleva necesariamente una mejora significativa de sus vidas (Vázquez y Hervás, 2008).

La salud mental es, por tanto, algo más que la ausencia de trastornos mentales. Implica un estado emocional positivo, poseer expectativas positivas de cara al futuro y un modo adaptativo de interpretar la realidad. Además, es importante tener recursos para afrontar las adversidades y desarrollarnos como personas (Díaz, Blanco, Horcajo y Valle, 2007).

Según Vázquez y Hervás (2008), una concepción positiva de salud es aplicable a todos los momentos de la intervención y no sólo se restringe al ámbito de prevención de enfermedades y promoción de salud. Esta perspectiva, poco a poco, se está instaurando en las diferentes

intervenciones clínicas en Psicología. Si dejar de estar mal no significa estar bien, es importantísimo desarrollar estrategias para lograr este objetivo centrado en la **promoción de la salud y el bienestar** (Costa y López, 2006).

Como se ha señalado anteriormente, contamos con intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar (Park et al, 2013). Se han evaluado estrategias y programas que permiten aumentar de forma sostenida el bienestar y la satisfacción de las personas, con y sin problemas psicológicos (Vázquez y Hervás, 2008). Estas intervenciones pueden ayudar a complementar y mejorar tratamientos eficaces con los que ya contamos para diversos problemas psicológicos, como los explicados en apartados anteriores en el caso de la depresión. A lo largo de la historia de la Psicología se han desarrollado muchas de estas intervenciones aunque la mayoría de las veces sin una contrastación empírica de los resultados (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

A continuación, se van a presentar las estrategias de intervención positiva y los programas más relevantes que han obtenido algún tipo de resultado de validación empírica.

El psicólogo norteamericano Michael W. Fordyce (1977, 1983) fue el primero en llevar a cabo estudios que evaluaron con un cierto rigor un programa de intervención de carácter positivo. Este autor desarrolló una intervención dirigida al incremento del bienestar y la contrastó utilizando diseños experimentales controlados. Esta intervención recibió el nombre de **“Programa de los 14 fundamentales”**, pues constaba de 14 actividades entre las que están: mantenerse activo y ocupado (en actividades placenteras, novedosas, etc.), emplear más tiempo en actividades sociales o ser productivo en trabajos a los que se dé un significado. Este programa resultó ser más eficaz que un grupo placebo (Fordyce, 1977). Además, llevó a cabo un diseño de desmantelamiento (Fordyce, 1983) en el que se compararon los pasos del 1 al 4, frente a la aplicación de los 14 pasos. Los resultados mostraron que el programa completo fue más eficaz que el programa reducido en la reducción de la sintomatología depresiva y ansiosa. Al comparar la intervención frente a un grupo control, ésta resultó significativamente más eficaz (tanto si se aplicaba todo el tratamiento, como una tercera parte) (Fordyce, 1983). El trabajo de Fordyce puso de manifiesto que el nivel de bienestar es “educable” ya que se encontraron incrementos del mismo a través del programa. Además, concluyó que este beneficio se obtiene cuando las intervenciones implican una práctica en actividades intencionales y no intervenciones solamente informativas (Vázquez y Hervás, 2008).

Otras **intervenciones positivas se centran en sucesos pasados** con el objetivo de incrementar los niveles de bienestar. A continuación se describen a grandes rasgos cada una de ellas y los principales resultados de su utilización:

Técnicas narrativas sobre sucesos positivos pasados.- Burton y King (2004) plantearon la hipótesis de que escribir sobre emociones positivas llevaría a un aumento de las mismas, frente a un grupo control. Esta estrategia de escritura positiva, además de incrementar el afecto positivo, llevó a un menor riesgo de enfermedades en los tres meses siguientes. Este estudio sugiere que si los protocolos de intervención más amplios incluyen técnicas narrativas positivas podrían, además de aumentar la percepción positiva que la persona tiene de su pasado, generar emociones positivas en el presente y mejorar la salud física (Burton y King, 2008, Vázquez y Hervás, 2008).

Intervenciones basadas en la gratitud.- En las diferentes etapas vitales, las personas que están agradecidas muestran mayor satisfacción con la vida (Park, Peterson y Seligman, 2004). Un estudio llevado a cabo por Emmons y McCullough (2003) probó que una intervención en la que se induce gratitud generaba una satisfacción mayor con la vida, índices más altos de optimismo y menor número de síntomas de enfermedad, comparada con dos intervenciones alternativas. Se vio que si la intervención se realizaba de forma diaria durante 13 días, los niveles de afecto positivo incrementaban significativamente (Emmons y McCullough, 2003). Estos autores han seguido investigando al respecto demostrando que las experiencias de gratitud pueden asociarse con mayores niveles de bienestar y felicidad (Bono y McCullough, 2006; Emmons, 2008). Otros investigadores también han demostrado que las experiencias de gratitud tiene efectos sobre la felicidad (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005; Watkins, Woodward, Stone y Kolts, 2003).

Entrenamiento en la memoria autobiográfica positiva.- Los resultados muestran que el acceso a sucesos positivos y específicos hace que mejore el estado de ánimo, el sentimiento de desesperanza y la satisfacción con la vida (Serrano, Larrote y Gatz, 2007). Esto se ha visto en personas mayores que padecían depresión (Serrano, Latorre y Montañes, 2005). Por tanto, las intervenciones de reminiscencia, además de incrementar los niveles de bienestar, pueden ayudar a reducir sintomatología o desordenes emocionales (Vázquez y Hervás, 2008). Otros trabajos también han estudiado el papel de la memoria autobiográfica positiva en el bienestar de las personas obteniendo buenos resultados (Baños et al., 2012; Baños, Botella, Etchemendy y Farfallini, 2012; Baños et al. (en prensa)).

Intervenciones basadas en el perdón.- Según varios autores el perdón actúa transformando las emociones negativas (asociadas a los pensamientos de rencor, amargura, etc.) en neutralidad o en recuerdos con contenido positivo y eso puede ir ligado a un mayor nivel de satisfacción con la vida (Bono y McCullough, 2006). Este tipo de intervenciones ha mostrado ser eficaz en incrementar la autoestima (Hebl y Enright, 1993) y modificar el tipo de actitudes hacia el agresor, incrementando los niveles de esperanza (Al-Mabuk, Enright y Cardis, 1995). Los estudios sugieren que pueden ser útiles, dentro de programas más tradicionales, en problemas asociados a estados emocionales intensos de ira y rabia (Freedman y Enright, 1996).

Además de estas intervenciones centradas en el pasado, hay también **intervenciones positivas que se centran en el futuro y el desarrollo de potencialidades.** Seligman (2002) sostiene que si se cultivan estrategias positivas relacionadas con el futuro, esto puede tener un efecto protector frente a la depresión, así como favorecer una mejor salud física. Se detallan a continuación:

Intervenciones basadas en la esperanza.- Las intervenciones más relevantes han sido las derivadas del marco centrado en la esperanza propuesto por Snyder (2000). Este autor propone la teoría de la esperanza (*Hope Theory*) cuyo elemento central es el logro de metas. Se tienen en cuenta las expectativas sobre el futuro, pero también la planificación y motivación para conseguirlas (Cheavens, Fledman, Woodward y Snyder, 2006; Snyder, 2000). Existen trabajos que han examinado los efectos que tiene el entrenamiento en esperanza en la presencia de la sintomatología, así como en el aumento del bienestar. Un estudio (Irving et al., 2004) que examinó la aplicación de una intervención basada en la esperanza en una muestra de pacientes con problemas mentales diferentes encontró resultados significativos tanto en el aumento de la esperanza como en la reducción de la sintomatología. Cheavens et al. (2006) han analizado también una intervención basada en la esperanza en un grupo heterogéneo de personas (sólo algunos presentaban trastornos del estado de ánimo y de ansiedad). Los resultados mostraron mayores niveles en la medida de esperanza, aumento de la autoestima y en una medida de propósito de vida. Además se encontró un efecto significativo en la reducción de los síntomas de ansiedad. En otro estudio llevado a cabo por Klausner, Snyder y Cheavens (2000) se aplicó una intervención basada en la esperanza en personas mayores con depresión o síntomas residuales después del tratamiento. Compararon dicha intervención con una basada en la reminiscencia. Los resultados mostraron que las dos intervenciones fueron eficaces, pero la intervención basada en la esperanza lo fue en mayor medida. Se ha probado

la viabilidad de esta intervención en pacientes depresivos adultos (Steen, 2004). Los resultados mostraron que la intervención fue efectiva parcialmente, pues no redujo los síntomas depresivos comparados con el grupo control, pero sí aumentó el nivel de esperanza y redujo el de desesperanza. Puesto que la desesperanza es uno de los elementos centrales de la depresión, en estos pacientes es en los que una intervención basada en la esperanza puede ser más útil (Vázquez y Hervás, 2008).

Intervenciones basadas en metas.- En una de las intervenciones centradas en entrenar la forma en que las personas establecen y persiguen sus metas (Sheldon, Kasser, Smith y Share, 2002), se pretendía aumentar el sentido de causalidad interna y sensación de control en la formulación de metas personales. No se encontraron cambios globales en la condición experimental, pero se observó que los participantes que mejoraron en sus logros fueron aquellos que presentaban metas congruentes con sus intereses y valores antes de la intervención.

Intervenciones basadas en fortalezas.- Existen diferentes intervenciones centradas en el incremento de las fortalezas personales. El grupo de Seligman et al. (2005) ha comparado diversas estrategias para comprobar la eficacia relativa de cada una de ellas y además ha comparado dichas estrategias con un grupo placebo. Estas estrategias son: Visita de gratitud (escribir y compartir una carta de agradecimiento con otra persona); Tres cosas positivas (registrar una vez al día tres cosas de agradecer y sus causas); Tu mejor recuerdo (escribir recuerdos sobre una época en la que mostrara sus mejores características y leerlo cada noche); Identificación de fortalezas (realizar un cuestionario para identificar las más salientes) y Usar las fortalezas de una forma novedosa (realizar el cuestionario y reflexionar sobre las nuevas formas de usar en la vida las principales fortalezas, poniendo en práctica una de ellas). Los resultados mostraron que en el post-test la mayoría de condiciones produjeron una reducción de la sintomatología depresiva y un incremento del bienestar (incluida la condición placebo). Pero es importante destacar que a la semana y al mes de seguimiento el ejercicio de “Visita de gratitud” tuvo un efecto significativo en comparación con el grupo control. Además, en el grupo de intervención los efectos de los ejercicios de “Tres cosas positivas” y “Usando las fortalezas de forma nueva” se mantuvieron hasta los 3 y 6 meses de seguimiento. Aunque se necesita más investigación al respecto, estos datos dan apoyo al diseño de intervenciones que se focalicen en el uso de potencialidades de la persona tanto para aumentar su bienestar como para reducir su sintomatología depresiva (Seligman et al., 2005). Es además importante

realizar medidas de seguimiento para poder evaluar la efectividad real de este tipo de intervenciones. Ya que como observaron estos investigadores, hay intervenciones que parecen no ser eficaces cuando finaliza el programa, pero aparecen efectos significativos cuando son reevaluadas pasado un tiempo (Vázquez y Hervás, 2008).

Por último, se va a abordar el tema de la **aplicación clínica de las intervenciones positivas**. Estas intervenciones pueden ayudar a que la tasa de eficacia de los tratamientos psicológicos con los que contamos aumente (Vázquez y Hervás, 2008). Se sabe que la tasa de recuperación para el tratamiento psicológico de la depresión es del 46% (Cascalenda, Pery y Looper, 2002). La aplicación de intervenciones positivas puede aumentar dicho porcentaje. Además las estrategias que aumenten el bienestar pueden ser muy útiles en la prevención de recaídas. Con este tipo de intervenciones se pueden favorecer variables protectoras que fortalecen a la persona de cara a situaciones difíciles que puedan aparecer en el futuro (Vázquez y Hervás, 2008). Según Vázquez y Hervás (2008) la forma más completa de intervención positiva es aquella que integre aspectos relativos al bienestar y la salud, con aspectos con los que ya cuentan la mayoría de los tratamientos psicológicos (centrados en el déficit).

A continuación se presentan algunas de las intervenciones clínicas con las que contamos que se centran en aspectos positivos:

Terapia del Bienestar de Fava.- Fava, Rafanelli, Cazzaro, Conti y Grandi (1998) desarrollaron una estrategia de intervención positiva que tiene el objetivo de incrementar el bienestar de los pacientes y promover experiencias positivas (mejorando la conciencia de los momentos positivos, detectando y modificando los pensamientos que bloquean estas experiencias, y mejorando las carencias de la persona en las 6 áreas de bienestar que propone Ryff (1989): control ambiental, crecimiento personal, propósito de vida, autonomía, auto-aceptación y relaciones positivas. Diseñaron esta intervención como complemento a otro tipo de tratamientos (farmacológicos o psicológicos). La eficacia de esta intervención ha sido contrastada empíricamente en varias ocasiones. En pacientes depresivos se ha encontrado que después de un tratamiento farmacológico, la combinación de la terapia del bienestar con la TCC previene en mayor grado las recaídas que el cuidado habitual (Fava et al., 1998). También se ha constatado la eficacia de la terapia del bienestar en las fases residuales de los trastornos afectivos comparado con el TCC. También hay datos que sugieren que la aplicación de esta terapia del bienestar fortalece los efectos clínicos del tratamiento con antidepresivos a largo plazo (Fava, Ruini, Rafanelli y Grandi, 2002). En pacientes con TAG se ha comprobado que la

combinación de esta terapia con la TCC es más eficaz que únicamente la aplicación de TCC (Fava et al., 2005).

Terapia de la Calidad de Vida de Frisch.- Esta terapia desarrollada por Frisch (2006) es una intervención positiva que integra elementos de la TCC con los conocimientos científicos sobre las emociones positivas, el bienestar, la autoestima y otras variables de tipo positivo. Este autor plantea que la felicidad o bienestar de la persona es consecuencia de su satisfacción con la vida y del balance afectivo (mayor presencia de emociones positivas que negativas). Para él, la satisfacción con la vida es consecuencia de la satisfacción asociada a diferentes ámbitos (familia, ocio, trabajo, etc.). El programa sólo profundiza en las áreas de mayor insatisfacción (Frisch, 2006). En un estudio previo (Grant, Salcebo, Hynan, Frish y Puster, 1995) se utilizó una intervención para la depresión mediante biblioterapia con un manual sobre la terapia de Calidad de Vida. Tras la intervención, ningún paciente cumplía criterios de un trastorno depresivo. Otro estudio evaluó la eficacia de la intervención en pacientes que estaban esperando un trasplante de pulmón y los resultados mostraron que la terapia de Calidad de Vida fue más eficaz que la terapia de apoyo, tanto en el aumento de la calidad de vida percibida, como en la reducción de sus problemas anímicos (Rodrigue, Baz, Windows y Ehlers, 2005).

Psicoterapia positiva para la depresión.- Como uno de los síntomas principales de la depresión es la relativa ausencia de emociones positivas, es probablemente el trastorno psicológico en el que encajan mejor las intervenciones positivas (Vázquez y Hervás, 2008). Sin embargo, hasta hace poco tiempo, los tratamientos disponibles se centraban en la reducción de síntomas negativos, sin incluir un componente específico dedicado a fomentar de manera clara las emociones positivas. En este sentido, se ha comprobado la eficacia de la psicoterapia positiva para la depresión con personas con índices de depresión moderados (Seligman, Rashid y Parks, 2006). La intervención en este estudio fue grupal, tuvo una duración de 6 sesiones e incluyó los ejercicios explicados anteriormente, en los que Seligman et al. (2005) habían encontrado mejor eficacia (“Carta de gratitud”, “Tres cosas positivas”, “Tu mejor recuerdo”, “Identificando fortalezas” y “Usando las fortalezas de una forma nueva”). Comparándola con un grupo control, en la intervención positiva se redujo significativamente la sintomatología depresiva y aumentó significativamente el índice de bienestar, manteniéndose estos efectos al año de seguimiento. Posteriormente, se llevó a cabo un estudio con personas con un diagnóstico clínico de depresión. En este estudio la intervención positiva fue individual y duró

14 sesiones (Seligman et al., 2006). A los ejercicios referidos anteriormente se añadieron otras estrategias como la programación de actividades y se centró desde el principio en trabajar las fortalezas personales más destacadas en cada persona. También se trabajó la memoria autobiográfica positiva. Se comparó esta intervención con un tratamiento psicológico estándar para la depresión y otro que recibió dicho tratamiento estándar más medicación. Los resultados mostraron que la intervención positiva fue más eficaz que las otras en índices de funcionamiento global, así como en medidas de felicidad y bienestar y en la reducción de la sintomatología depresiva.

Se ha comparado también la TCC con una intervención positiva para la depresión basada en la propuesta de Seligman et al. (2006) (Ho, Tong y Lai, 2006; Vázquez, Hervás y Ho, 2006). En las dos intervenciones los niveles de depresión de los pacientes se redujeron hasta alcanzar el margen de normalidad en los criterios de puntuación del BDI-II.

Un estudio reciente en pacientes con depresión (Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Perez y Zuniga, 2010) ha obtenido un resultado similar al de la investigación de Seligman et al. (2006). Los resultados obtenidos en esta investigación preliminar muestran una disminución significativa en los síntomas depresivos, así como un aumento significativo en la satisfacción vital entre los pacientes que asistieron a los talleres de psicoterapia positiva, obteniendo mejoría en la totalidad de la muestra y, en algunos casos, presentando ausencia de depresión después de los talleres de psicología positiva. En los pacientes que presentaban depresión grave o moderada al principio de la intervención, disminuyeron como mínimo a la categoría contigua inferior una vez finalizada la intervención, según el BDI (Beck et al., 1996). No se obtuvieron diferencias significativas entre la terapia tradicional practicada y los talleres de Psicoterapia Positiva. Sin embargo, todos los resultados señalan la existencia de una tendencia a favor de la terapia positiva sobre la terapia tradicional.

Otra investigación reciente llevada a cabo por este mismo grupo (Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Puddu-Gallardo, Salgado-García y Peralta-Montecinos, 2012) ha estudiado la efectividad de talleres basados en Psicología Positiva en adultos mayores con depresión. Se contaba con tres grupos: un grupo experimental, basado en Psicología Positiva; un grupo control activo, basado en actividades recreativas y un grupo control inactivo, sin intervención. Los resultados indicaron que después de la intervención sólo en el grupo en el se que aplicó un taller basado en Psicología Positiva disminuyó significativamente la sintomatología depresiva y aumentaron significativamente los niveles de satisfacción vital.

Los resultados muestran que la terapia positiva parece ser eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva. Sin embargo, puede que tenga mayor fluctuación en cuanto a los resultados terapéuticos que la TCC (Ho et al. 2006). Es importante que las investigaciones de este tipo de terapias incluyan evaluaciones de seguimiento a seis meses o a un año para poder diferenciar mejor si los cambios que generan las intervenciones son estables (Vázquez y Hervás, 2008).

Vázquez y Hervás (2008) destacan además la importancia de aprovechar las posibilidades que ofrecen las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's), ya que pueden mejorar la eficacia de las intervenciones positivas (Botella et al., 2012; Mira et al., 2012; Riva Baños, Wiederhold, Botella y Gaggioli, 2012). Cabe señalar al respecto los resultados positivos obtenidos con los programas con componentes de psicología positiva basados en realidad virtual para las reacciones al estrés (Guillén, 2008), el tratamiento de los trastornos adaptativos (Baños et al., 2009, 2011; Botella, Baños y Guillén, 2008; Botella, García-Palacios, et al., 2010), el duelo complicado (Baños et al., 2005; Botella, Osma, García-Palacios, Guillén y Baños, 2008), intervenciones dirigidas a personas mayores (Baños, Etchemendy et al., 2012) y mujeres con fibromialgia (Botella, García-Palacios et al., 2013; Herrero et al., 2013).

Además, se está empezando a probar la eficacia de intervenciones positivas *online*, aunque el campo de investigación todavía es muy nuevo. Hasta la fecha sólo hay una revisión sobre intervenciones psicológicas positivas *online* que incluye únicamente 5 ensayos controlados (Mitchell, Vella-Brodrick y Klein, 2011). De ellos, 3 demostraron un aumento en el bienestar de las personas comparados con un grupo control y otros 3 demostraron además una reducción de los síntomas depresivos (Mitchell et al., 2011). Sin embargo, los autores de dicha revisión concluyen que sigue habiendo una brecha grande de efectividad entre los formatos tradicionales y los formatos *online* de aplicación de las intervenciones psicológicas positivas (Mitchell et al., 2011). Además, muchos de los estudios analizan la eficacia de ejercicios e intervenciones específicas como por ejemplo “escribir sobre lo mejor de nosotros mismos” o “tres cosas buenas del día” y no prueban la eficacia de un protocolo de intervención (Gander, Proyer, Ruch y Wyss, 2013; Layous, Katherine y Lyubomirsky, 2013). Es necesario seguir investigando al respecto con ECA que prueben la eficacia de protocolos de intervención que incluyan componentes de la psicología positiva y se apliquen a través de Internet.

2.2.6. Limitaciones de los Tratamientos Basados en la Evidencia (TBE)

Todas las terapias explicadas anteriormente han demostrado ser eficaces, tanto en el tratamiento de la depresión como en la mejora de sus síntomas, sin embargo, presentan limitaciones.

La prestación de servicios de salud mental es generalmente inferior a la adecuada en términos de accesibilidad y calidad. Se sabe que menos del 50% de las personas con depresión recibe el tratamiento correcto, ya sea por el coste económico, el tiempo requerido en su aplicación y/o la falta de profesionales bien entrenados (Andrade et al., 2003).

Por tanto, aunque existen tratamientos psicológicos eficaces, a menudo no llegan a los pacientes que más lo necesitan (Kazdin y Blase, 2011; Shoham y Insel, 2011).

Hay una serie de razones que dificultan que las personas que necesitan estos tratamientos psicológicos los reciban (dificultad de acceso a instalaciones o a profesionales, barreras étnicas y culturales, barreras geográficas como vivir en zonas rurales, etc.) (Hinrichsen, 2010, *Institute of Medicine*, 2008), y muchos obstáculos más concretos (transporte, cuidado de niños, personas mayores, etc.) (Kazdin y Blase, 2011). A lo anterior se une el estigma que sigue existiendo ante el hecho de tener problemas de salud mental o de ser tratado por un profesional de salud mental (Sartorius, 2002; Weissman et al., 1996). Todo estos obstáculos hacen que muchos pacientes no se decidan o tengan dificultades para buscar ayuda (Bebbington et al., 2000; Gaston et al., 2006; Titov, 2011). Además, los que reciben tratamiento, pueden no recibir el adecuado (Ehlers, Gene-cos y Perrin, 2009; Goisman, Warshaw y Keller, 1999; Wang et al., 2005), o por lo general, lo hacen sólo después de que el problema haya ya generado efectos adversos en sus vidas (Kessler y Greenberg, 2002).

A la luz de estas consideraciones, como recientemente han señalado Kazdin y Blase (2011), en su revolucionario trabajo, la posibilidad de llegar a todas las personas que necesitan ayuda no es factible simplemente con el aumento de los clínicos entrenados que puedan proporcionar los servicios. El número de profesionales que pueden proporcionar el tratamiento desde el modelo predominante actual de prestación (cara a cara) es insuficiente para alcanzar el número de personas necesitadas (Kazdin y Blase, 2011). En su trabajo, Kazdin y Blase (2011) proponen la necesidad de “reiniciar” la terapia y la investigación. En su opinión, es necesario generar estrategias innovadoras, nuevos modelos, nuevas formas de aplicar los tratamientos apoyados empíricamente. Entre esas nuevas formas, destacan el

importante papel que pueden desempeñar: un mayor uso de la tecnología, los medios de comunicación, la auto-ayuda y la colaboración con otras disciplinas.

Hay que tener en cuenta, que muchas veces para lograr una buena diseminación de los tratamientos eficaces, es necesario simplificarlos y, por tanto, es importantísimo conocer bien cómo funcionan dichos tratamientos para no sacrificar los mecanismos de cambio esenciales (Shoham y Insel, 2011). Además, es fundamental desarrollar estrategias formales para reorganizar el notable incremento de conocimientos en cuanto a los tratamientos psicológicos (por ejemplo, el desarrollo de nuevas formas de diseñar, aplicar y organizar tratamientos existentes), para hacer frente a la escasez de recursos para su aplicación (Chorpita et al., 2011).

En apartados posteriores nos centraremos en la utilización de las TIC's para ofrecer el tratamiento, concretamente en la utilización de Internet en la aplicación de los tratamientos psicológicos. Su utilización permite ir más allá del modelo individual de terapia, cara a cara. Hecho muy necesario, tal como sostienen Kazdin y Blase (2011).

Una vez descritos los tratamientos psicológicos disponibles, se mencionará otro aspecto de gran relevancia para la depresión, esto es, los programas de prevención que se han puesto en marcha.

2.3. LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

2.3.1. La importancia de la prevención de la depresión

Antes de adentrarnos en porqué es importante la prevención de la depresión es esencial entender en qué consiste prevenir. Según la OMS (OMS, 1998), el concepto de prevención hace referencia al conjunto de medidas destinadas, no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

Clásicamente se han diferenciado tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, que están relacionados con las fases de la historia natural de la enfermedad. Dicho modelo clásico de clasificación de las intervenciones de prevención fue elaborado por la Comisión de Enfermedades Crónicas (*Commission on Chronic Illness*, 1957).

La *prevención primaria* tiene por objeto disminuir la probabilidad de ocurrencia de las afecciones y enfermedades (Salleras, 1994). Desde un punto de vista epidemiológico pretende reducir su incidencia (Porta, Greenland y Last, 2008). Esta modalidad de prevención se aplica de forma generalizada a poblaciones grandes, sin fijar como objetivo específico individuos en situación de riesgo.

La *prevención secundaria* actúa sólo cuando la primaria no ha existido o sí ha existido, pero ha fracasado. Desde un punto de vista epidemiológico, la prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad preclínica (Porta et al., 2008). Dicha prevención secundaria puede operar a dos niveles. Primero, identificando aquellos individuos que no presentan síntomas de un trastorno, pero que poseen algún factor de riesgo que los sitúa por encima del riesgo medio de la población general e incrementa la probabilidad de que los síntomas o el trastorno se desarrollen. Y, en segundo lugar, identificando aquellos sujetos que muestran síntomas subclínicos pero que no cumplen los criterios diagnósticos para el trastorno, y para los que el objetivo de la intervención es reducir la progresión de esos síntomas hacia un trastorno clínico diagnosticable (Ingram, Odom y Mitchusson, 2004).

El objetivo de la *prevención terciaria* es retrasar el curso de la enfermedad y atenuar las incapacidades cuando existan (Porta et al., 2008). Busca por tanto reducir la discapacidad derivada de un trastorno ya existente. El objetivo de esta intervención es prevenir futuras recaídas, la comorbilidad o minimizar las limitaciones producidas por el trastorno ya instaurado (Vázquez y Torres, 2007).

Esta visión tradicional de la prevención se ha visto ampliada por una visión basada en la reducción del riesgo (Mrazek y Haggerty, 1994). Para ello, estos autores adoptan la tipología propuesta por Gordon (1987) en la que se distinguen tres ámbitos de prevención:

1. Intervención universal (*universal preventive intervention*): dirigida a toda la población, o a aquella parte de la población general que no ha sido identificada como grupo concreto de alto riesgo para la enfermedad.

2. Intervención selectiva (*selective preventive intervention*): las actuaciones preventivas se dirigen a aquellos individuos o grupos, cuyo riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos se sitúa por encima del riesgo medio de la población general.

3. Intervención indicada (*indicated preventive intervention*): aquella dirigida a los individuos con alto riesgo en los que se han identificado manifestaciones prodrómicas, síntomas o signos del trastorno, pero en los que todavía no se cumplen criterios de patología psiquiátrica.

El informe del *Institute of Medicine* (IOM) (1994) sugirió que el término de *prevención universal* equivale al de prevención primaria. Así se enfatiza que este tipo de intervención es deseable para todos los sujetos de una población diana y que puede ser aplicado sin asistencia profesional. También, que los dos niveles de prevención secundaria (el primero dirigido a personas sin síntomas del trastorno pero con factores de riesgo y el segundo a personas con síntomas subclínicos) se identificarían, según las recomendaciones del IOM (1994), como *prevención selectiva* y *prevención indicada*, respectivamente. Por último, la prevención terciaria que pretende retrasar el curso del trastorno y atenuar las incapacidades derivadas del mismo se corresponde con *mantenimiento* o con *adherencia al tratamiento* según el IOM (1994).

Se pueden ver los diferentes tipos de prevención y la correspondencia entre cada una de las clasificaciones en la Tabla 15.

Tabla 15- Tipos de prevención.

Tipo de intervención preventiva		Espectro de la intervención
Comisión de Enfermedades Crónicas (1957)	Instituto de Medicina (1994)	
Primaria	Universal	Prevención
Secundaria	Selectiva	
	Indicada	
Identificación de caso	Identificación de caso	Tratamiento
Tratamiento	Tratamiento estándar	
Terciaria	Adherencia al tratamiento a largo plazo	Mantenimiento
	Cuidado postratamiento	

Nota. Adaptado de Dozois y Dobson (2004).

Además posteriormente, el informe del IOM de 2009 añade la *promoción* como una categoría de intervenciones que pueden preceder al tratamiento (*National Research Council y Institute of Medicine, 2009*). En el caso de la depresión, las intervenciones de promoción se

centran en la *producción de estados de ánimo persistentemente saludables y resistentes* (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera y Leykin, 2010).

En el ámbito de la salud mental, las intervenciones preventivas universales son menos numerosas (Spence, Sheffield y Donovan, 2005). No obstante, aunque no se han hecho muchos estudios de prevención universal su valor en los trastornos depresivos es indudable (Vázquez y Torres, 2005). Se sabe que dichas intervenciones son especialmente importantes cuando el problema tiene un impacto epidemiológico amplio, su frecuencia está aumentando, su incremento se relaciona, al menos en parte, con cambios en el estilo de vida o en la conducta, y los procedimientos de *screening* son insuficientes para detectar a muchos individuos que finalmente llegan a padecer el trastorno (Gillham, 2003). Todo esto, como hemos visto, se cumple en el caso de la depresión.

Sin embargo, pocos estudios han examinado los efectos de la prevención universal sobre la incidencia de los trastornos depresivos. Con estas intervenciones es más difícil comprobar si se reduce la incidencia de la depresión (Sheffield et al. 2006). No obstante, como señalan Muñoz et al. (2010), que las intervenciones universales no reduzcan la incidencia no significan necesariamente que no sean eficaces. La dificultad radica en que con este tipo de intervenciones se requieren tamaños muestrales muy grandes que suelen ser poco prácticos o excesivamente caros con los métodos de investigación tradicionales (Muñoz et al., 2010).

Son más numerosos los programas focalizados en población de riesgo (prevención selectiva) (Muñoz et al., 1995) y/o con sintomatología subumbral (prevención indicada) (Beardslee, Wright y Salt, 1997; Clarke et al., 1995; Clarke et al., 2001). Estas intervenciones preventivas selectivas e indicadas han sido examinadas en una gran variedad de poblaciones.

Una vez introducido el término de prevención y con el conocimiento de sus diferentes ámbitos, estamos en disposición de justificar la gran necesidad de la prevención de los problemas de salud mental y, concretamente de la depresión.

En Europa, 25-35% de las consultas en atención primaria tienen que ver con salud mental y más del 80% de estas son por depresión o ansiedad (WHO *Initiative Depression in Mental Health*, 2010). Estos trastornos dan lugar a una reducción de la calidad de vida de las personas convirtiéndose a menudo en trastornos crónicos y muy incapacitantes (Merikangas y Kalaydjian, 2007).

Centrándonos en la depresión, en el momento actual, existen múltiples argumentos que sugieren que su prevención debería ser una estrategia sanitaria prioritaria, teniendo sobre todo en cuenta las siguientes razones (explicadas todas ellas detenidamente en apartados anteriores): la magnitud epidemiológica de esta patología (Bijl et al., 2002; Paykel et al., 2005), su especial tendencia a la cronicidad (Andrews, 2001; Wagner et al., 2001), el alto índice de comorbilidad que la caracteriza (Hasin et al., 2005; Kessler et al., 2007) y su coste elevado, tanto personal, como social (familia, amigos) y económico (trabajo, productividad) (Cuijpers, Beekman et al., 2012).

Los efectos emocionales, motivacionales y cognitivos asociados a la depresión reducen sustancialmente la capacidad de una persona para trabajar con eficacia, lo que comporta pérdidas en los ingresos personales y familiares, así como pérdidas a la sociedad de los ingresos fiscales y las competencias laborales. Los resultados del estudio ESEMeD-España mostraron que los trastornos mentales, entre ellos la depresión, ocasionaron el mayor impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud y la discapacidad funcional (más días de trabajo perdidos), superando incluso el impacto de enfermedades físicas crónicas (Codony et al., 2007). Así por ejemplo, en los casos de trastorno moderado, aproximadamente un 13,4% de personas afectadas habrá perdido algún día de trabajo (entre 1 y 4) en el último año (Codony et al., 2007). Trasladando estos datos a cifras económicas, se estima que en España el gasto anual por depresión es de 5.005 millones de euros (Valladares, Dilla y Sacristán, 2009), lo que representa un coste medio por paciente deprimido de 3.042,45 euros al año. Este coste casi duplica el gasto medio sanitario por habitante en España (Casajuana y Romea, 2009).

A todo lo anterior se añade el hecho de que una de las características más preocupantes con respecto a la depresión es su relación con el suicidio. La depresión se muestra como el trastorno mental más relacionado con la existencia de ideas e intentos de suicidio, siendo el porcentaje de personas con depresión que muestran riesgo de suicidio de un 28% (Bernal et al., 2007). El suicidio representa casi el 1% de todas las muertes y casi dos tercios de esta cifra ocurre en personas con depresión (Sartorius, 2001). La depresión, constituye pues un factor de riesgo para el suicidio y se estima que casi la mitad de los pacientes de atención primaria con un TDM presentan en algún momento ideación suicida (Möller, 2003; Rutz, 2001). Con todo esto, no es de extrañar que la prevención de la depresión se haya planteado como uno de los puntos centrales en el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (*European Pact for Mental Health and Wellbeing*, 2008).

Hemos visto como los costes directos e indirectos de la depresión diagnosticada y tratada son muy significativos (Luppa, Heinridi, Angermeyer, Kömig y Riedel-Heller, 2007). Sin embargo, a pesar de todos estos datos preocupantes, no están satisfechas las necesidades de atención para el tratamiento y sobre todo para la prevención de la salud mental en la Unión Europea (Alonso et al, 2007).

Un 15% de la personas que acuden a los centros de atención primaria de salud se podrían beneficiar de programas de prevención primaria de la depresión (APA, 2004; Barry y Jenkis, 2006). La escuela también es un contexto adecuado para la promoción de la salud mental (Herman, Merrell y Reinke, 2004). En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006 se afirma: *“No es fácil obtener información sobre las actividades de promoción y prevención en España. Las actuaciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales responden a iniciativas aisladas, desconectadas entre sí y de escasa difusión”* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 75).

Por tanto, un desafío que en la actualidad resulta muy relevante es afrontar el tema de la depresión desde esta perspectiva preventiva ya que parece justificado que, en el caso de los trastornos depresivos, asumamos la recomendación de prevenir el comienzo del primer episodio o atenuar las discapacidades derivadas del mismo si ya está insaturado (Mrazek y Haggerty, 1994; Le, Muñoz, Ippen y Stoddard, 2003). En esta línea se sitúa el Departamento de Salud y Servicios Sociales de la administración norteamericana (USDHHS, 2000) cuando, a través de la iniciativa denominada *“Healthy People 2010”*, reconoce que la lucha contra la depresión mayor debe ser una prioridad nacional. Además, no sólo prevención de la depresión mayor sino también de la depresión "subliminal", es decir, aquella en la que no se cumplen todos los criterios para un trastorno/ EDM (Solomon, Haaga, y Arnow, 2001).

A nivel teórico y también práctico, existen razones que sugieren que la prevención de la depresión subclínica puede ser una meta tan relevante como las intervenciones de las depresiones ya instauradas. En primer lugar, como se ha señalado anteriormente, la presencia de un número elevado de síntomas depresivos sin completar criterios diagnósticos es un problema de gran relevancia epidemiológica (Cuijpers et al., 2004), que puede generar tanto malestar y disfunción como un cuadro clínico de depresión (Gotlib et al., 1995; WHO, 2004); además, se sabe que la depresión subclínica eleva el riesgo de padecer posteriormente depresión mayor y conducta suicida (Fergusson, Horwood, Ridder y Beautrais, 2005).

Por tanto, aunque existen tratamientos eficaces disponibles para la depresión, los investigadores han defendido que cada vez son necesarios mayores esfuerzos para prevenir su aparición inicial (Collins, Westra, Dozois y Burns, 2004; Dozois y Dobson, 2004; Gillham, 2003; Lynch et al, 2005; Mrazek y Haggerty, 1994; Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera y Leykin, 2010). Tal y como señalan Cuijpers, Beekman et al. (2012), en uno de sus trabajos recientes, desarrollar mejores estrategias y herramientas para detectar a las personas en riesgo de depresión y el diseño de programas de prevención es una prioridad global.

Es necesario pues incrementar considerablemente los esfuerzos preventivos con el objeto de mejorar la ayuda de aquellas personas que sufren de una condición devastadora como es la depresión. En el documento *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2006* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) se establecen una serie de recomendaciones para la mejora de la prevención de la enfermedad mental.

Poco a poco es importante ir cambiando la visión de la psiquiatría y la psicología, pues se centran principalmente en diagnosticar, tratar y rehabilitar. El camino a seguir según autores como Albee (2005) es el de una *revolución en la prevención de los trastornos mentales*, para conseguirlo es importante empezar por poner en práctica todo el conocimiento del que se dispone. En los últimos años, ha habido un número creciente de estudios que ponen de manifiesto los importantes beneficios de detectar los signos de depresión en la población y el subsecuente suministro de una intervención psicológica para prevenir la misma (Mihalopoulos y Vos, 2013). Sin embargo, estas intervenciones no están siendo aplicadas de forma rutinaria en muchos sistemas de salud.

Falta llevar el conocimiento a la práctica, haciendo lo que realmente sea posible, contribuyendo así, paso a paso, a prevenir y reducir el sufrimiento humano.

A continuación se presentan estudios que han sometido a prueba la eficacia de los diferentes programas de prevención.

2.3.2. Intervenciones preventivas

Los programas preventivos que se han desarrollado en su mayoría tienen su fundamento en las estrategias cognitivo-conductuales (Cova, Aburto, Sepulveda y Silva, 2006; Cova, Rincón y Melipillán, 2011). Es decir, se centran en el papel que tienen los pensamientos y creencias disfuncionales y los niveles de actividad en el comportamiento actual de la persona y en su

funcionamiento futuro (Muñoz et al., 2010), así como en el entrenamiento en habilidades socio-emocionales (Sheffield et al., 2006; Young, Mufson y Davies, 2006) y de solución de problemas (Nezu, Nezu y D'Zurilla, 2006). Se pone énfasis en todos estos aspectos porque, tanto los factores cognitivos como conductuales tienen un papel importante en la etiología de la depresión y se asocian con cambios en el tratamiento (Alloy, Abramson, Walshaw y Neeren, 2006; Gladstone y Kaslow, 1995; Joiner y Wagner, 1995). Dado que se ha demostrado la eficacia de esta forma de terapia, se ha supuesto que estas habilidades y comportamientos podrían enseñarse antes de que la persona se deprima, lo que en principio evitaría, o haría menos probable, la aparición de los mismos. Enseñar formas adaptativas de afrontamiento como la resolución de problemas o la reestructuración cognitiva se asocia con un mejor bienestar tanto físico como psicológico (Connor-Smith y Compas, 2004; Hong, 2007). De hecho, hay una estrecha relación entre el estrés, depresión y la capacidad de afrontamiento de la persona (Thompson et al., 2010). El afrontamiento inadecuado se ha asociado a altos niveles de estrés, síntomas de ansiedad y depresión, tanto en adolescentes (Jaser et al., 2005; Marcks y Woods, 2005) como en adultos (Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007; Sarin, Abela, y Auerbach, 2005). Al afrontamiento inadecuado se une el hecho de que las personas con depresión utilizan estrategias de regulación emocional desadaptativas que contribuyen a la presencia de sus síntomas (Barlow, Ellard et al., 2011; Morris, Bylsma y Rottenberg, 2009).

Además, los programas de prevención cada vez dan más importancia a la inclusión de estrategias de psicología positiva explicadas con detalle en el apartado anterior *Intervenciones psicológicas positivas*. Con este tipo de intervenciones se pueden favorecer variables protectoras que fortalecen a la persona de cara a problemas que puedan aparecer en el futuro (Vázquez y Hervás, 2008), actuando así como una barrera contra los trastornos psicológicos (Seligman et al., 2005). Las investigaciones revelan que el optimismo protege contra los efectos debilitantes de los eventos negativos y es beneficioso en gran parte porque se asocia con una resolución activa de problemas (Park et al., 2013). Los programas de prevención (como el *Penn Resiliency Program*) que promueven un pensamiento más optimista a través de estrategias cognitivas y conductuales hacen menos probable la depresión posterior (Gillham, Reivich, Jaycox y Seligman, 1995; Gillham, Hamilton, Freres, Patton y Gallop, 2006; Sánchez y Méndez, 2009a; Sánchez y Méndez, 2009b).

Por tanto, uno de los objetivos de la psicología positiva es cambiar el marco de intervención hacia el desarrollo de estrategias terapéuticas que favorezcan la experiencia

emocional positiva, realcen los atributos positivos y desarrollen las fortalezas de la persona. Esto ayudará a la prevención (y como ya se ha explicado, también al tratamiento) de los problemas derivados de la presencia de emociones negativas entre los que destaca la depresión.

En las últimas décadas, una serie de estudios controlados han examinado los efectos de programas dirigidos a la prevención de problemas de salud mental en distintos contextos como la escuela, el estrés laboral, el estrés en los cuidadores de ancianos y en muchas otras condiciones (Allart-van, Hosman, Hoogduin y Schaap, 2007; Arnarson y Craighead, 2009; Konnert, Dobson y Stelmach, 2009; Lara, Navarro y Navarrete, 2010; Muñoz et al., 2007). En el caso concreto de la depresión, las revisiones y meta-análisis muestran resultados positivos (Cuijpers et al., 2008, Gillham, Shatté y Freres, 2000; Horowitz y Garber, 2006; Jané-Llopis, Hosman, Jenkins y Anderson, 2003; Mihalopoulos y Vos, 2013; Muñoz et al., 2010).

Los programas de prevención para adultos han sido principalmente de carácter selectivo, centrándose en poblaciones concretas (por ejemplo, estudiantes universitarios) o grupos en situación de riesgo. Los programas de prevención indicada en general han dado buenos resultados. Aquellos que han demostrado ser efectivos, generalmente, incluyen varios componentes como habilidades cognitivas o resolución de problemas. Se exponen a continuación.

Apex Program.- Este programa fue creado por Gillham et al. (1991). Es una intervención basada en gran parte en la teoría cognitiva de Beck (Beck, 1976). Consiste en 8 sesiones grupales de 2 horas de duración cada una. El programa consta de dos componentes principales: un componente de reestructuración cognitiva y un componente de habilidades de solución de problemas. Se llevó a cabo un estudio con estudiantes en situación de riesgo ya que era su primer año en la universidad (Seligman, Schulman, DeRubeis, y Hollon, 1999) y se encontraron mejoras en varias variables cognitivas (por ejemplo, actitudes disfuncionales, desesperanza). Los datos mostraron que los cambios en estas variables cognitivas mediaron parcialmente los efectos de la intervención sobre los síntomas depresivos. Se encontraron efectos preventivos para la depresión moderada, aunque no para la severa, habiendo reducciones significativas en los síntomas de depresión y de ansiedad. En una replicación de este estudio (Seligman, Schulman y Tryon, 2007) se han obtenido efectos a corto plazo en la reducción de la depresión y la ansiedad.

Coping With Depression Course.- Este programa fue desarrollado por Peter Lewinsohn y su equipo (Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge y Teri, 1984; Lewinsohn et al, 1989). Se trata de la intervención preventiva más utilizada para la depresión (Cuijpers, Muñoz, Clarke y Lewinsohn, 2009). Es un programa de corte cognitivo comportamental que tiene un fuerte componente psicoeducativo centrado en enseñar a las personas técnicas y estrategias para hacer frente y superar los sentimientos depresivos. Estas estrategias incluyen: mejora de las habilidades sociales, reestructuración cognitiva, AC para aumentar los acontecimientos agradables (programación de actividades) y el entrenamiento de relajación. Pretende aumentar la autoeficacia de la persona en la gestión de su estado de ánimo utilizando habilidades como el aumento de las interacciones agradables de la persona con el ambiente y la disminución de las interacciones negativas (Lewinsohn et al., 1985.) Normalmente, se ha administrado como una intervención preventiva indicada y en formato grupal. Consta de 12 sesiones en grupo de 2 horas de duración durante 8 semanas. Las sesiones se realizan dos veces por semana durante las primeras 4 semanas. Los grupos son altamente estructurados y, por lo general, están compuestos por entre seis y diez adultos, con dos líderes del grupo. Los estudios que han analizado las diferencias del *Coping With Depression Course* con un grupo control lista de espera o un tratamiento habitual (Allart van et al., 2003; Haringsma et al., 2006) han encontrado un efecto medio significativo en la TCC grupal en la reducción de las puntuaciones de depresión al final del estudio y a los seis meses de seguimiento. Este programa ha demostrado resultados consistentes en la reducción de los síntomas depresivos siendo efectivo en el tratamiento de la depresión subclínica (Cuijpers, 1998; Allart-van Dam et al., 2007) así como en la prevención de recaídas (Kuehner, 2005). En un reciente meta-análisis de los estudios que examinan los efectos del *Coping With Depression Course* en la incidencia de los trastornos depresivos (en adolescentes y adultos), se encontró que en los seis estudios dirigidos a la prevención de depresión mayor los resultados mostraron una reducción en el riesgo de desarrollarla del 38% (Cuijpers et al., 2009).

Depression Prevention Course.- Este programa fue desarrollado por Muñoz y su equipo (Muñoz y Ying, 1993; Muñoz, Ying, Armas, Chan y Gurza, 1987). Es un programa de prevención de corte cognitivo-comportamental. Se centra en la enseñanza específica de formas de afrontamiento como la reestructuración cognitiva para identificar y cambiar los pensamientos negativos, el incremento de las actividades placenteras y las interacciones con otros, técnicas de relajación, la identificación de metas, y técnicas para monitorizar los efectos que tienen los pensamientos, los comportamientos y las relaciones interpersonales en el estado de ánimo.

Dichos procedimientos cognitivo-conductuales que se enseñan están adaptados del libro *Controla tu depresión* (Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1992). Consta de 8 sesiones en pequeños grupos y cada sesión dura en torno a 2 horas. Este programa fue sometido a prueba en un ECA en una amplia muestra de pacientes de atención primaria (sin ningún trastorno psiquiátrico) pertenecientes en su mayoría a una comunidad minoritaria de bajos ingresos (Muñoz et al., 1995). Este fue el primer estudio en el que se empleó un diseño aleatorio controlado para evaluar la prevención de la depresión. Los resultados mostraron reducción significativa de los síntomas depresivos en la post intervención y en los seguimientos. Además, se encontraron mejoras significativas en algunas de las variables conductuales y cognitivas, y hubo evidencia de que la mejora en estas variables, en parte, actuó como mediador del efecto preventivo sobre los síntomas depresivos. Fue también el primer estudio que analizó los efectos de los diferentes mediadores (pesimismo, los pensamientos negativos y positivos acerca de uno mismo, y la implicación en actividades placenteras y sociales) en los síntomas depresivos (Muñoz et al., 1995).

Stress management programs.- Peters y Carlson (1999) desarrollaron la *worksite stress management intervention* que sigue el modelo de TCC. Fomenta el cambio de comportamiento a través del autocontrol regular, el establecimiento de metas, el refuerzo y las habilidades de autorregulación. Se aplicó este programa a trabajadores de mantenimiento de una universidad que mostraban comportamientos de alto riesgo. Se les dieron 16 talleres educativos durante un período de 10 semanas, centrándose en la promoción de hábitos de vida saludables. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a esta condición de intervención o a una condición control lista de espera. En los participantes de la condición de intervención se encontraron reducciones significativas en las diferentes medidas conductuales, incluidos los síntomas depresivos, en comparación con los del grupo control. A los tres meses de seguimiento los resultados también mostraron una mejora significativa de los síntomas. Recientemente se ha llevado a cabo un ECA con el objetivo de examinar los efectos de un programa de prevención de la depresión basado en el entrenamiento en inoculación de estrés para los trabajadores de dos empresas privadas (Kawaharada et al., 2013). Los trabajadores de ambas empresas fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención o a un grupo control. Se llevaron a cabo dos sesiones en el grupo de intervención en un intervalo de cuatro semanas. Las sesiones incluyeron el trabajo de habilidades de afrontamiento y de respuesta al estrés, resolución de problemas de formación, reestructuración cognitiva, relajación, grupos de discusión y de autocontrol. Después de terminar las sesiones se enviaron dos cartas de

seguimiento a los participantes a intervalos de dos meses. Los resultados sugieren que el programa basado en la inoculación del estrés utilizado en este estudio fue eficaz para mejorar la prevención de la depresión y el afrontamiento. Sin embargo, tal y como concluyen los autores, se necesita más investigación para desarrollar un programa de prevención de la depresión ajustado a las diferencias de género, individuales y profesionales de los sujetos (Kawaharada et al., 2013).

Pain management programs.- Los programas del manejo del dolor, al igual que los de manejo de estrés, han mostrado resultados positivos en la reducción de los síntomas depresivos. Phillips (2000) desarrolló un programa para la prevención de la depresión en personas con dolor crónico cuyos componentes principales son la psicoeducación sobre la enfermedad y la enseñanza de estrategias para el manejo del dolor. Sometió a prueba el programa en una muestra de ancianos con dolor crónico. Los ancianos fueron asignados aleatoriamente a la intervención o a un grupo control. Los síntomas de la depresión entre los dos grupos se compararon un año después de la intervención y de nuevo un año más tarde. Los resultados indicaron que los ancianos que fueron educados acerca de sus enfermedades tuvieron menos síntomas de depresión que los que no recibieron educación. También se ha estudiado un programa para el manejo del dolor de corte cognitivo-comportamental en pacientes que han recibido un tratamiento contra el cáncer (Robb, Williams, Duvivier, Newham, 2006). Una gran proporción de estos pacientes desarrolla dolor crónico después de la quimioterapia o la radioterapia. Esta intervención incluye psicoeducación, relajación, ejercicios de entrenamiento y establecimiento de metas. Es importante destacar que en la post-intervención hubo una tendencia significativa hacia la mejora de muchas variables, entre ellas la depresión. Sin embargo, se trata de un estudio preliminar por lo que se necesita más investigación al respecto (Robb et al., 2006). Estudios recientes con una intervención de carácter cognitivo-comportamental dirigida a mujeres con fibromialgia también han mostrado resultados positivos en la mejora de los síntomas depresivos de las pacientes (Botella, García-Palacios et al., 2013; Herrero et al., 2013).

Aunque la mayoría de los programas de prevención de la depresión en adultos utilizan las técnicas cognitivo-comportamentales como componentes centrales de sus intervenciones, algunos programas (Forsyth, 2001; Young et al, 2006) están basados en las teorías interpersonales y en la TIP para la depresión (Weissman et al., 2000).

Forsyth's interpersonal program.- Este programa fue desarrollado por Forsyth (2001). Se trata de un programa de prevención indicada de la depresión para estudiantes universitarios que presentaban niveles altos de sintomatología depresiva. Adopta un enfoque interpersonal de intervención y se desarrolla a lo largo de cuatro sesiones. La primera de ellas trata sobre la relación entre los eventos de la vida, las transiciones de rol y las dificultades interpersonales. La segunda se centra en las cuatro tareas principales de las transiciones de rol: renunciar a los roles, expresar la culpa, la ira y la pérdida, adquirir nuevas habilidades, y desarrollar nuevos lazos y grupos de apoyo. Se aplicó este programa en una muestra de estudiantes universitarios y los resultados mostraron que los estudiantes del grupo de intervención obtuvieron puntuaciones significativamente menores en el BDI en comparación con un grupo control tanto en el post-tratamiento como en los 3 meses de seguimiento (Forsyth, 2001).

A modo de conclusión, cabe remarcar la necesidad de más investigación en este campo para determinar qué intervenciones y habilidades concretas son las más eficaces para prevenir la depresión en una población dada. Además, aunque los hallazgos en la investigación son prometedores y muestran que la prevención de la depresión es posible, los efectos de los programas no son siempre positivos o cuando consiguen resultados esperanzadores, éstos no son permanentes. Es importante pues evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas mediante estudios controlados y con evaluaciones de seguimiento. Además, a la hora de interpretar y generalizar los resultados hay que tener en cuenta el hecho de que muchas veces las características de las muestras son distintas en los diferentes estudios (ancianos con dolor crónico, estudiantes universitarios, trabajadores con comportamientos de alto riesgo, mujeres separadas, etc.). Esto hace que las intervenciones muchas veces no vayan únicamente dirigidas a prevenir la depresión sino también a saber abordar las diferentes circunstancias por las que pasa la muestra (dolor, dificultades, exámenes, etc.).

Otra cuestión crucial, tal y como pasa con los TBE, es que este tipo de intervenciones preventivas lleguen a más gente. El *National Institute of Mental Health Psychosocial Intervention Development Workgroup* (Hollon et al., 2002) recomienda el desarrollo de intervenciones fáciles de usar para las personas y métodos de administración alternativos a los tradicionales para incrementar la accesibilidad a las intervenciones psicosociales. Es importante pues adaptar las intervenciones preventivas y poder aplicarlas con nuevos métodos (Muñoz et al., 2002). Por tanto, uno de los grandes desafíos actuales es evaluar la administración de intervenciones de prevención de la depresión a través de medios que

posibilitan llegar a un gran número de personas, especialmente a través de Internet (Barak, Hen, Boniel-Nissim y Shapira 2008; Griffiths y Christensen 2007).

En el próximo apartado se explicaran los estudios llevados a cabo con los diferentes programas de tratamiento y preventivos auto-aplicados a través de Internet.

3. EL USO DE INTERNET EN LA APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

En apartados anteriores se ha mencionado la importancia de diseminar los TBE. Recientemente, además, se ha planteado la necesidad de cambiar radicalmente la forma en que se aplican dichos tratamientos psicológicos. En el trabajo de Kazdin y Blase (2011) se propone incluso como “reiniciar” (“*rebooting*”) la investigación y la práctica de la psicoterapia para reducir la carga de las enfermedades mentales. En opinión de estos autores, es necesario un cambio de perspectiva radical, un enfoque que vaya más allá de la terapia individual uno a uno (*one-to-one psychotherapy*). Se plantea pues cómo ofrecer el tratamiento más eficaz, sin encarecer en exceso los costes y sin disminuir la eficacia de la intervención. Se trata de analizar otros marcos de tratamiento alternativos a los tradicionales que, sin alterar lo esencial de la relación paciente clínico (una persona que lo necesita busca ayuda terapéutica y un experto la proporciona de una manera eficaz) supongan un modo de interacción distinto a los de la terapia tradicional cara a cara, con cambios en las responsabilidades puntuales de cada uno de ellos (p.ej., papel más activo por parte del paciente, terapeuta menos visible, etc.) (Botella, et al., 2009). Para ello, se propone la inclusión de las TIC’s (Kazdin y Blase, 2011). Las TIC’s (simulación mediante realidad virtual (RV), realidad aumentada (RA), uso de Internet, etc.) se están convirtiendo en herramientas de gran utilidad para dispensar y/o mejorar la aplicación de servicios terapéuticos, permitiendo profundizar en el eje de la efectividad o utilidad clínica de los tratamientos psicológicos y potenciando el poder llegar a todas las personas que lo necesiten (Botella, et al., 2009). A continuación se presenta de forma resumida la incorporación de las TIC’s en la aplicación de los tratamientos psicológicos.

3.1. LA INCLUSIÓN DE LAS TIC'S EN LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Remontándonos a los trabajos pioneros que utilizaron las TIC's en la aplicación de los tratamientos psicológicos, cabe mencionar el uso de la RV en el tratamiento de la acrofobia. El grupo de Rothbaum et al. (1995) llevó a cabo el primer estudio que mostró la utilidad de las técnicas de RV en un caso de acrofobia. A partir de este trabajo inicial, se llevaron a cabo otros muchos que mostraron la eficacia de esta herramienta para el tratamiento de las fobias (Bouchard, St-Jacques, Robillard, Coté y Renaud, 2003; Choi, Jang, Ku, Shin y Kim, 2001; Emmelkamp et al., 2002; Jang et al., 2002). Se han encontrado resultados positivos en relación a la eficacia de la RV para el tratamiento de la claustrofobia (Botella et al., 1998; Botella, Baños, Villa, Perpiñá y García-Palacios, 2000; Botella, Villa, Baños, Perpiñá y García-Palacios, 1999), la fobia a volar (Baños, Botella, Perpiñá y Quero, 2001; Botella, Osma, García-Palacios, Quero y Baños, 2004; North, North y Coble, 1997; Tortella-Feliu et al., 2011; Wiederhold, Gervitz y Wiederhold, 1998) y la fobia a las arañas (Carlin, Hoffman y Weghorst, 1997; García-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness y Botella, 2002; Hoffman, García-Palacios, Carlin y Botella, 2003). También se han realizado otros estudios en relación a la FS y al miedo a hablar en público (Anderson, Rothbaum y Hodges, 2003; Anderson, Zimand, Hodges y Rothbaum, 2005; Botella, García-Palacios, Quero, Baños y Bretón-López, 2006; Klinger et al., 2005; Wallach, Safir y Bar-Zvi, 2009). Diversos estudios controlados han demostrado que la terapia de Exposición por medio de RV es más eficaz que las condiciones de no tratamiento y obtiene la misma eficacia que la exposición en vivo (Botella et al., 2006). Además, los beneficios y las ganancias obtenidas se mantienen en los seguimientos (Botella et al., 2006). Otros estudios han demostrado la eficacia en el tratamiento del TP (Botella, Villa et al, 2004; Botella et al., 2007; Quero et al., 2013). Por tanto, la Exposición mediante RV es una intervención efectiva para los trastornos de ansiedad (Opris et al., 2012; Powers y Emmelkamp, 2008). También se han llevado a cabo estudios dirigidos a estudiar la eficacia de las técnicas de RV en el tratamiento del TEPT mostrando resultados positivos (Botella, García-Palacios et al., 2010; Baños et al., 2009, 2011; Difede y Hoffman, 2002; Rothbaum, Hodges, Ready, Graap y Alarcón, 2001; Rothbaum, Ruef, Linz, Han y Hodges, 2004) así como en el duelo complicado (Baños et al., 2005; Botella et al., 2008). Otro de los campos de aplicación de la RV es el tratamiento de los TCA. Destacan los trabajos realizados por nuestro grupo en España (Perpiñá, Botella y Baños, 2000; Perpiñá et al., 1999; Perpiñá, Marco, Botella y Baños, 2003; Marco, Perpiñá y Botella, 2013) y los realizados por el grupo de Riva en Italia (Riva, Bacchetta, Baruffi, Rinaldi y Molinari,

1998; Riva et al., 2000). Además se han utilizado los sistemas de RV en el tratamiento del juego patológico obteniendo resultados positivos (Botella, Quero, Serrano, García-Palacios y Baños, 2008).

Si se avanza en la incorporación de las TIC's en los tratamientos psicológicos cabe mencionar el desarrollo de sistemas de RA para aplicar la técnica de Exposición que han mostrado también buenos resultados en el tratamiento de las fobias a animales pequeños (Botella et al., 2005; Botella et al., 2011; Botella, Bretón- López et al., 2010; Juan et al., 2005) y en la fobia a volar (Juan et al., 2006).

Por último, las TIC's han contribuido también al desarrollo de tratamientos computerizados y auto-aplicados a través de Internet para una amplia gama de problemas psicológicos. En España, nuestro grupo fue pionero en todo el mundo en presentar un programa que utiliza Internet como estrategia de auto-ayuda y que puede ser totalmente auto-aplicado dirigido al tratamiento del miedo a hablar en público: **Háblame** (Botella et al., 2000). Los datos de un estudio de caso y de series de casos indican que **Háblame** es eficaz (Botella, Hofmann, y Moscovitch, 2004; Botella et al., 2007). Este programa fue sometido a prueba en un estudio controlado y se comprobó que usado en formato auto-aplicado resulta tan eficaz como administrado por un terapeuta, y que los cambios se mantienen al año de seguimiento (Botella, Gallego et al., 2010). El segundo programa desarrollado por nuestro grupo fue **Sin miedo** (Botella, Quero et al., 2008), también es un programa de tratamiento auto-aplicado en este caso para la fobia a animales pequeños (ratas, arañas y cucarachas). Diversos estudios han aportado datos que demuestran su eficacia (Baños, Quero, Botella y García-Palacios, 2007; Botella, Quero et al., 2008).

Otros autores han desarrollado programas de tratamiento que utilizan como soporte Internet obteniendo también buenos resultados. Especialmente, en el campo de los TE, destacan los programas realizados por el grupo de Gavin Andrews y Nikolai Titov en Australia (Andrews y Titov, 2009, 2010; Titov, Andrews, Choi, Schwencke y Johnston, 2009). Han desarrollado y sometido a prueba programas auto-aplicados para la ansiedad (**The Anxiety Program**) (Titov, Andrews, Johnston, Rovinson y Spence, 2010), el TP (**The Panic Program**) (Wims, Titov, Andrews y Choi, 2010), la FS (**The Shyness Program**) (Andrews, Davies y Titov, 2011; Aydos, Titov y Andrews, 2009), el TAG (**The GAD Program**) (Titov, Andrews, Kemp y Robinson, 2010), la preocupación ansiosa (**The Worry Program**) (Lorian, Titov y Grisham, 2012; Robinson et al., 2010), el TEPT (**The PTSD Program**) (Spence et al., 2011), y para la depresión

(The Sadness Program) (Perini, Titov y Andrews, 2009). También son muy importantes las contribuciones realizadas por Isaac Marks y Judith Proudfoot en Reino Unido. Este grupo ha desarrollado los programas de tratamiento **Fear Fighter** (FF) y **Beating the Blues** (BTB) que han acumulado gran evidencia. BTB para el tratamiento de la depresión y la ansiedad (Cavanagh, Seccombe y Libetter, 2011; Cavanagh y Shapiro, 2004; Learmonth y Rai, 2008; Learmonth, Trosh, Rai, Sewell y Cavanagh, 2008; Proudfoot et al., 2004) y FF para el tratamiento de las fobias y el TP (Marks, Kenwright, McDonough, Wittaker y Mataix-Cols, 2004; McCrone, Marks, Mataix-Cols, Kenwright y McDonough, 2009; Schneider, Mataix-Cols, Marks, y Bachofen, 2005). Este grupo además ha desarrollado un programa para el TOC, **OCFighter** (Greist et al., 2002) que cuenta con una versión *online* (**BTSteps**) (Bachofen et al., 1999; Greist et al., 2002; Marks, et al., 1998), así como los programas **Balance** y **COPE**, sistemas de autoayuda automatizados para el TAG y para la depresión respectivamente (Gega, Marks y Mataix-Cols, 2004; Marks et al., 2003). El grupo de Gerhard Andersson y Per Carlbring en Suecia también ha desarrollado programas auto-aplicados para el tratamiento de la depresión (Andersson et al., 2005; Carlbring et al., 2013).

Estos esfuerzos han culminado en el reconocimiento de la utilidad de dichos procedimientos (Layard, Clark, Knapp y Mayraz, 2007) dentro del movimiento *Improving Access to Psychological Therapies Programme* (IAPT) (www.iapt.nhs.uk), llegando a la inclusión de los programas BTB y FF, como alternativas para los TBE, en las guías clínicas elaboradas por *The National Institute of Clinical Excellence* (NICE) (NCCMH y RCP, 2010).

Dentro del ámbito de los tratamientos psicológicos y el uso de las TIC's, la presente revisión se centrará en los principales estudios realizados sobre los tratamientos auto-aplicados computarizados para la prevención y el tratamiento de la depresión, haciendo especial hincapié en la utilización de Internet en la aplicación de dichos tratamientos.

3.1.1. Definición de psicoterapia computarizada

Se habla de psicoterapia computarizada (o psicoterapia asistida por ordenador) cuando tenemos un tipo de sistema informático que ayuda a la terapia psicológica mediante el *input* que recibe de los pacientes para poder realizar al menos algunos cálculos y tomar decisiones del tratamiento (Marks et al., 1998). Esta definición excluye la videoconferencia y el servicio telefónico tradicional, así como las consultas por correo electrónico, que agilizan la comunicación y superan las dificultades de la distancia, pero no se delegan tareas de

tratamiento a un ordenador u otro dispositivo electrónico (Marks, Cavanah y Gega, 2007a). Se excluyen de dicha definición, además, la entrega electrónica de materiales educativos y la grabación electrónica del estado clínico o la conducta de los pacientes. La terapia asistida por ordenador se puede suministrar mediante una amplia gama de dispositivos informáticos, tales como ordenadores personales, ordenadores conectados a Internet, sistemas de respuesta de voz interactiva (RVI) telefónicos, CD-ROM, DVD, teléfonos móviles, dispositivos de realidad virtual, etc. (Marks el at., 2007a). Este tipo de terapia ayuda al paciente y al terapeuta en el sentido de que se hace cargo de las tareas y del tiempo requerido por el clínico en la atención habitual. Se estima que la cantidad de tiempo ahorrada por el terapeuta se sitúa alrededor del 80% (Marks el at., 2007a). El tiempo invertido por el paciente varía dependiendo de los sistemas, desde una única sesión de 20 minutos hasta varias horas a lo largo de algunos meses de tratamiento (más habitual). Los pacientes pueden acceder a la terapia desde varios lugares diferentes: casa, librerías, cafeterías con acceso a Internet, un centro médico, la escuela, etc. (Marks el at., 2007a). Generalmente se realiza un *screening* a los pacientes y después se les ofrece apoyo a lo largo de la terapia. Aunque, actualmente hay cada vez más evidencia de la eficacia de las intervenciones sin apoyo humano a lo largo de la realización de los programas de intervención computarizados (Cuijpers, Donker et al., 2011; Titov et al., 2013). En las terapias computarizadas a través de Internet el *screening* y, si se proporciona apoyo, se realizan por teléfono en lugar de cara a cara (Marks el at., 2007a). En este sentido, la psicoterapia computarizada puede ser utilizada como la principal intervención terapéutica, con la mínima participación de un terapeuta, o como un complemento a la terapia cara a cara (Kaltenthaler y Cavanagh, 2010).

Los apartados que siguen se van a centrar en las intervenciones computarizadas auto-aplicadas a través de Internet y la evidencia disponible en relación a las mismas. Sin embargo, cabe recalcar que, hay una serie de programas computarizados, también auto-aplicados, pero que se administran con un CD-ROM que han demostrado también su eficacia. Uno de ellos es el ***Overcoming Depression*** (Williams, Taylor, Aubin, Harkin, y Cottrell, 2002). Un programa multimedia e interactivo que ofrece conceptos de TCC en 6 sesiones semanales de 45-60 minutos. Utiliza texto, ilustraciones de dibujos animados, animaciones y vídeos (Whitfield, Hinshelwood, Pashely, Campsie y Williams, 2006). Otro programa auto-aplicado que utiliza CD-ROM es el ***Blues Begone*** (Purves, Bennett, y Wellman, 2009) que compila una hoja de ruta personalizada de recuperación para cada usuario. Incluye información presentada en texto, audio, a través de diálogos de personajes, y actividades.

3.1.1.1. Definición de programas de tratamiento auto-aplicados a través de Internet

En el caso de los programas de tratamiento auto-aplicados a través de Internet la interacción entre el paciente y el programa es igualmente esencial. En estos programas los pacientes trabajan a partir de una guía de auto-ayuda adaptada para Internet y basada en protocolos de TBE. Se implica de forma sistemática a la persona en completar varias lecciones en línea que, por lo general, presentan la misma información y las técnicas que se utilizan en la terapia tradicional cara a cara y a menudo con el apoyo de un clínico entrenado para ello (por ejemplo a través de teléfono o correo electrónico) (Titov, 2011). El papel del terapeuta, si este interviene, es proporcionar apoyo, estímulo y ocasionalmente actividades terapéuticas directas (Andersson, 2009).

Como se ha mencionado en apartados anteriores existen varias formas de psicoterapia eficaces en el tratamiento de la depresión (Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen, 2008) destacando la AC, la TCC y a TIP. Estos tratamientos psicológicos estructurados parecen funcionar mejor que los no estructurados o los enfoques terapéuticos no directivos (Cuijpers et al., 2012). Además, se ha puesto de manifiesto que los TBE pueden ser transferibles al formato de Internet, especialmente la TCC, sin que pierdan su eficacia (Andersson, 2009).

En los apartados siguientes se explican los diferentes programas computarizados y auto-aplicados a través de Internet existentes dirigidos al tratamiento y a la prevención de la depresión. Además se intentará dar respuesta a preguntas importantes como *¿Qué cantidad y tipo de apoyo se necesita en este tipo de programas auto-aplicados a través de Internet?, ¿Qué ventajas ofrecen? ¿Y qué inconvenientes?* Estas y otras preguntas están siendo estudiadas por diversos grupos de investigación en todo el mundo, por lo que se analizarán las principales conclusiones a las que se ha llegado.

3.2. EVIDENCIA DISPONIBLE ACERCA DE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS APLICADOS POR MEDIO DE INTERNET

En este apartado se van exponer los diferentes programas de intervención computarizados y auto-aplicados a través de Internet existentes para el tratamiento y la prevención de la depresión, y los estudios que han evaluado su eficacia. Para una mejor comprensión se intentará diferenciar entre aquellos programas dirigidos al tratamiento y los

orientados a la prevención, aunque algunos de ellos han sido diseñados para lograr ambos objetivos.

3.2.1. Programas de tratamiento auto-aplicados para la depresión

Beating the Blues (BTB).- Este programa fue desarrollado por el grupo de Judith Proudfoot en el Reino Unido (Proudfoot et al., 2003). Se trata de un programa multimedia interactivo (videos, animación, gráficos, voz en off, etc.) basado en la TCC para la depresión y la ansiedad. Consta de 8 sesiones de aproximadamente 50 minutos de duración. Los participantes reciben un apoyo mínimo por parte de una persona no experta en aspectos clínicos. El total de tiempo de apoyo por participante es de una hora. Antes de empezar con la realización del programa, la persona visualiza un vídeo introductorio de 15 minutos. Después siguen los ocho módulos que componen el programa. El contenido del primer módulo es la definición del problema y de los eventos placenteros. Los módulos del dos al siete están centrados, por una parte en elementos cognitivos: identificación y desafío de pensamientos automáticos (módulo dos), errores de pensamiento (módulo tres), distracciones (módulo cuatro), creencias (módulo cinco) y estilos de atribución (módulos seis y siete). Por otra parte, incluyen componentes dirigidos a los problemas de comportamiento: resolución de problemas, exposición gradual, desglose de tareas o la gestión del sueño, según los problemas específicos de la persona. El módulo ocho va dirigido a desarrollar un plan de acción y a la prevención de recaídas (Proudfoot et al., 2003). Además BTB incluye una serie de estudios de casos de personas filmadas que modelan los síntomas de la depresión y la aplicación de las estrategias de TCC. También se incluyen ejercicios en línea y tareas para casa, junto con una hoja resumen posterior a la sesión que se puede imprimir (Cavanagh et al., 2006).

BTB ha sido sometido a prueba a través de diferentes ECA. A continuación se presentan los principales resultados de algunos de estos estudios.

Proudfoot et al. (2003) llevaron a cabo un ECA de BTB en atención primaria. El objetivo era estudiar si la utilización de técnicas cognitivo-comportamentales computarizadas interactivas, bajo supervisión clínica mínima, podían producir mejoras en la depresión y la ansiedad, así como en la adaptación laboral y social. Para ello, 167 adultos con ansiedad, depresión o síntomas mixtos fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: BTB (explicado anteriormente) y tratamiento habitual. Se tomaron medidas en cinco ocasiones: antes del tratamiento, post-

tratamiento, al mes, tres meses y seis meses de seguimiento. Las pruebas que se utilizaron fueron el BDI, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Ajuste Social y Laboral. En cuanto a los resultados cabe destacar que los pacientes que recibieron BTB mejoraron significativamente más en la depresión y la ansiedad en comparación con los que recibieron el tratamiento habitual (al final del tratamiento y hasta los 6 meses de seguimiento). Esta reducción de los síntomas se acompañó de una mejora en el trabajo y la adaptación social. Además no hubo interacciones con la farmacoterapia concomitante, duración de la enfermedad ni con la gravedad inicial de la depresión.

El año siguiente, el mismo grupo de investigadores (Proudoo et al., 2004) realizó otro ECA con el objetivo de evaluar la eficacia de BTB en una muestra ampliada, además de determinar si la eficacia de esta terapia dependía de variables clínicas y demográficas. Para ello, 274 participantes fueron asignados aleatoriamente a: BTB, explicado anteriormente (N=145) o tratamiento habitual (N=128). Los participantes asignados al tratamiento habitual recibían la terapia prescrita por el médico general. Se tomaron medidas en cinco ocasiones: antes del tratamiento, en el post-tratamiento, al mes, tres meses y seis meses de seguimiento. El análisis de la muestra confirmó la eficacia de BTB. Los participantes que recibieron el tratamiento computarizado mejoraron más en la depresión, el estilo atribucional negativo y el ajuste social y laboral que los que recibieron el tratamiento habitual. Dichos resultados se mantuvieron hasta el seguimiento de los 6 meses. Esta eficacia no se vio afectada por el tratamiento farmacológico concomitante, la duración de una enfermedad preexistente, el lugar de tratamiento ni por la gravedad de una enfermedad existente. En el caso de la ansiedad sí que se produjo una interacción con la severidad, ya que se obtuvieron más beneficios de BTB si las personas padecían una enfermedad más grave en un principio. En cuanto a la tasa de personas que no concluyeron BTB fue de un 29%, de los cuales sólo la mitad lo dejaron por insatisfacción con el tratamiento. Esto es equivalente a las cifras reportadas por el TCC cara a cara. Al finalizar el programa, el grupo BTB informó de una satisfacción con el tratamiento significativamente mayor que el grupo que recibía el tratamiento habitual.

En estudios posteriores, Learmonth et al. (2008) pusieron a prueba BTB en un centro especialista de TCC (*Chelmsford and Essex Centre's*). Desde mayo de 2001 hasta finales de abril de 2006, se ofreció a los usuarios con trastorno de ansiedad y / o depresión, que estaban en la lista de espera para TCC cara a cara, recibir el programa de BTB (N= 829). De éstos 829 usuarios a los que se les ofreció utilizar BTB, 555 (67%) aceptaron la oferta de psicoterapia

asistida por ordenador. Se tomaron medidas en el pre y el post-tratamiento. Además, tras la finalización de la intervención, a las personas se les ofrecía una cita de seguimiento con un terapeuta TCC en el centro. Esta evaluación, de seis a ocho semanas después de la finalización de BTB, era utilizada para discutir su progreso y cualquier ayuda adicional requerida. En cuanto a los resultados más destacados, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones pre y post en el BDI y las medidas de ansiedad. Las tasas de respuesta y finalización fueron bastante elevadas y similares a las de la terapia cara a cara. El 71% de las personas que utilizaron BTB finalizaron las 8 sesiones. La adhesión al programa pareció ser independiente de la edad, sexo, duración o gravedad de la ansiedad y / o depresión. La capacidad de servicio del centro especialista en TCC se incrementó aproximadamente un 50% en los 5 años que BTB fue utilizado como parte opcional de tratamiento, contribuyendo así al alivio de las cargas sobre la salud pública y los recursos terapéuticos.

Un estudio reciente (Cavanagh et al., 2011) ha puesto a prueba la generalización de los resultados obtenidos en atención primaria y especializada con la aplicación de BTB en un servicio dirigido por los usuarios (*Third sector Self Help Clinic*). Un total de 510 pacientes fueron derivados para utilizar el programa BTB. Se comprobó que más de dos tercios de dichas personas eran adecuadas para recibir el tratamiento con BTB, de estas 84% empezaron el programa, 265 (89,8%) completaron al menos dos sesiones y 165 (52,9%) completaron las 8 sesiones. Se evaluó a los participantes antes del tratamiento y en cada una de las sesiones con el *Patient Health Questionnaire Depression* (PHQ-9) y las escala de ansiedad (GAD-7). Además, el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM), la escala de ajuste social y laboral y el *Patient Experience Questionnaire* se administraron en el pre-tratamiento y en el post-tratamiento. En cuanto a los resultados, 50% de los pacientes cumplieron criterios de recuperación obteniendo mejoras estadística y clínicamente significativas en las medidas evaluadas: ansiedad, depresión, ajustes social y laboral. En el post-tratamiento, el 90% de las personas se mostraron satisfechas con la experiencia general de uso del servicio y el 93% con el tipo de tratamiento que recibieron. Se concluyó pues que BTB puede aplicarse eficazmente en un servicio dirigido por los usuarios aumentando así el acceso a las terapias psicológicas.

COPE.- Este programa fue desarrollado por el grupo de Marks en el Reino Unido (Osgood-Hynes, Baer, Greist y Marks, 1996). Se trata de un programa automatizado de orientación TCC para el tratamiento de la depresión a través de un sistema de respuesta de voz interactiva (RVI). El programa tiene 12 semanas de duración e incluye un video inicial, nueve folletos y

once llamadas al sistema de RVI. Los participantes pueden llamar a un ordenador que cuenta con dicho sistema de RVI. El ordenador ayuda a tomar la mayoría de las decisiones de tratamiento durante las llamadas, con el consiguiente ahorro de tiempo del terapeuta. El papel del terapeuta se limita a la realización de un *screening* breve al paciente y ofrecer asesoramiento directo (por teléfono) si éste se atasca durante la realización del programa. La media de tiempo de contacto es de una hora. El ordenador envía por fax al clínico los informes de las llamadas semanales, su duración y los módulos a los que han accedido. Además, si la persona puntúa en riesgo de suicidio, esto es comunicado inmediatamente por fax o por teléfono al clínico. Los módulos que conforman el programa incluyen AC (actividades agradables), terapia cognitiva (reestructuración cognitiva y pensamiento constructivo) y comunicación asertiva (entrenamiento en asertividad). El programa COPE sugiere a los pacientes los módulos que pueden probar, pero les permite finalmente decidir cuál o cuáles utilizar y el orden en el que quieren usarlos. Los pacientes pueden omitir y / o repetir módulos.

En referencia a los estudios que han sometido a prueba la eficacia de este programa, en el año 1996 se llevó a cabo un estudio no controlado en el que 41 pacientes en Boston, Madison, y Londres (Osgood-Hynes et al., 1996) realizaron el programa COPE. Todos los pacientes completaron la autoevaluación y el 66% completaron la evaluación a las 12 semanas. Los análisis de los resultados mostraron que los pacientes mejoraron significativamente en el estado de ánimo y la discapacidad. Se observó que las ganancias fueron mayores cuanto más llamadas realizaban al sistema de RVI (Osgood-Hynes et al., 1996).

En el año 2003 Marks y su equipo de investigación llevaron a cabo un estudio en pacientes con depresión o ansiedad en el que se probó también la eficacia de este programa. Los pacientes con depresión utilizaron el programa COPE, pero también formaron parte del estudio pacientes con fobia o TP que utilizaron FF, con TOC que utilizaron BTSteps y con TAG que utilizaron en programa *Balance*. Se realizó la entrevista de *screening* a 266 participantes y finalmente pasaron a formar parte del estudio 210. De éstos, 42 no quisieron utilizar un programa auto-aplicado y 60 abandonaron el programa tempranamente. Por tanto, se contó con los datos post-tratamiento de 108 pacientes. Los resultados mostraron que los participantes que completaron cada sistema de tratamiento mejoraron significativamente desde el pre al post-tratamiento en las medidas específicas a su problema. En el caso concreto de los participantes con depresión que utilizaron el sistema COPE se produjeron mejoras

significativas del pre al post-tratamiento en la escala de ajuste social y laboral y en las medidas de depresión (BDI-II y HRSD).

En otro trabajo posterior (Gega et al., 2004) se presentaron tres ejemplos de caso detallados (uno utilizó el programa COPE para la depresión, otro el programa FF para la agorafobia y el TP y el tercero BTSteps para el TOC) con el objetivo de ilustrar el proceso clínico y los resultados de estos sistemas asistidos por ordenador. Se tomaron medidas en el pre-tratamiento, en el post-tratamiento y a los tres meses de seguimiento. Los resultados muestran mejoras significativas en los tres casos. Centrándonos en el paciente con depresión, éste completó el programa COPE en 12 semanas. En dicho tiempo trabajó todos los módulos principales de autoayuda: pensamiento constructivo, AC y asertividad. El paciente pasó un total de 2,5 horas haciendo 16 llamadas telefónicas Cope (al sistema de RVI). También recibió siete contactos telefónicos de apoyo por parte del terapeuta, divididos a partes iguales entre: comentarios de progreso, apoyo general, asesoramiento y tratamiento (seguimiento semanal de su consumo de alcohol y sedantes y la lista de pros y contras de su utilización como una forma de afrontamiento). Los resultados mostraron que el paciente mejoró considerablemente: sus puntuaciones del pre, post y seguimiento a los tres meses fueron de un 60% de mejoría en la depresión (BDI-II), una reducción del 37% de la ansiedad y un 30% de mejora en la adaptación social/laboral. Además, bebió alcohol 30% menos y fumó 50% menos por lo que mejoró su capacidad de afrontamiento de las futuras recaídas. El paciente valoró el breve apoyo telefónico regular por parte del clínico y pensó que muchas personas podrían beneficiarse del sistema COPE.

Sadness Program.- Este programa fue desarrollado por el grupo de Andrews y Titov, en Australia (Perini et al., 2009). Está compuesto por seis lecciones en línea que representan las principales técnicas y componentes utilizados en las TCC para la depresión. Estos son la psicoeducación, la AC, la reestructuración cognitiva, la exposición gradual, la solución de problemas, las habilidades de asertividad y la prevención de recaídas. Parte del contenido de cada una de las sesiones se presenta en forma de una historia ilustrada sobre una mujer con depresión que con la ayuda de un psicólogo clínico aprende nuevas formas de gestión de sus síntomas. Además, los pacientes realizan tareas semanales, reciben contactos semanales por correo electrónico por parte de un profesional de la salud mental y participan en un foro de discusión en línea con otros participantes, durante un período 8-9 semanas. También reciben correos electrónicos automáticos que les felicitan al completar cada lección y les recuerdan la

importancia de completar los diferentes materiales. Tienen que realizar las tareas para casa antes de empezar la siguiente lección, y terminar las seis lecciones en 8 semanas. A medida que los pacientes van avanzando a través de las diferentes lecciones, tienen acceso a documentos escritos adicionales que proporcionan información complementaria. Esta información se refiere a técnicas como la gestión de problemas del sueño, pánico y otros síntomas co-mórbidos comunes en la depresión. También tienen acceso a viñetas escritas por los participantes anteriores acerca de sus propias experiencias de manejo de la depresión durante la realización del *Sadness Program*.

En cuanto a los estudios llevados a cabo con este programa, Perni et al., (2009) realizaron un ECA para someter a prueba su eficacia. Para ello, 48 participantes con depresión mayor fueron asignados aleatoriamente al tratamiento con el *Sadness Program*, (N=29) o a un grupo control lista de espera (N=19). Realizaron la evaluación pre-tratamiento 27 y 18 participantes respectivamente. Del grupo de intervención 20 completaron todo el tratamiento (74%). Esta tasa es comparable con la asociada a los tratamientos cara a cara para la depresión. En total contaron con los datos post-tratamiento de 35 participantes. El análisis de los resultados mostró que en el grupo de tratamiento se redujeron significativamente los síntomas de la depresión (BDI-II y PHQ-9) en comparación con el grupo control. En la evaluación post-tratamiento, en base a los criterios de recuperación: 41% de los participantes del grupo de tratamiento se recuperó frente al 6% de grupo control lista de espera. El 82% de los participantes del grupo de tratamiento que completaron los cuestionarios post-tratamiento reportaron estar muy satisfechos o bastante satisfechos con el programa. En este estudio, la media de tiempo del terapeuta dedicado a cada participante fue de 111 minutos (8 contactos por correo electrónico con los participantes y 9 publicaciones en el foro de discusión).

El año siguiente se llevó a cabo otro ECA utilizando el *Sadness Program* (Titov, Andrews, Davies et al., 2010). El objetivo de este estudio fue determinar si el tratamiento auto-aplicado a través de Internet con apoyo por parte de un técnico era equivalente al mismo tratamiento pero con apoyo por parte de un clínico. Se compararon ambos grupos con un grupo control lista de espera. Para ello, 114 participantes fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: la utilización del *Sadness Program* con apoyo de un clínico (N=49), la utilización de *Sadness Program* con apoyo de un técnico (N=45) y un grupo control lista de espera (N=45). Por lo que se refiere al “apoyo de un técnico” éste fue administrado por una persona con un rol administrativo (gerente de la clínica) que no tenía ninguna experiencia

previa con los programas de investigación y no realizaba ninguna actividad de carácter clínico. Durante el tratamiento, el técnico enviaba a los participantes de su grupo el correo electrónico semanal y realizaba el contacto telefónico. El objetivo de las llamadas telefónicas era dar aliento y apoyo, y responder a preguntas generales de los participantes referidas a los materiales del programa. No se le permitía ofrecer asesoramiento clínico. Tenía instrucciones de informar al clínico de cualquier deterioro percibido en sus participantes en el estado de salud mental, o de cualquier preocupación sobre el bienestar de los mismos. En cuanto al “apoyo clínico”, fue proporcionado por un psiquiatra cualificado. Este también envió el correo electrónico semanal a los participantes de su grupo y les realizó la llamada telefónica semanal. Los participantes de este grupo tenían acceso al foro de discusión en línea donde podían enviar preguntas para el clínico acerca del contenido del programa. Debido a la naturaleza clínica de los mensajes del foro, el grupo con apoyo técnico no tuvo acceso al mismo. El clínico colaboraba activamente con cada participante en el tratamiento (fijación de metas, resolución de problemas y la discusión de estrategias para superar los obstáculos que le dificultaban el progreso). Tanto el clínico como el técnico fueron instruidos para no pasar más de 10 minutos en contacto con cada participante por semana. El porcentaje de pacientes que terminó el tratamiento fue elevado en ambos grupos (80% en el grupo de apoyo técnico y 70% en el grupo con apoyo clínico). Los resultados mostraron que, tanto en el grupo con apoyo técnico como en el grupo con apoyo clínico se produjeron mejoras clínicamente significativas en el BDI-II y en el PHQ-9, comparados con el grupo control lista de espera, que no mejoró. No se encontraron diferencias entre los dos grupos de intervención. A los 4 meses de seguimiento en el grupo con apoyo técnico se obtuvieron mejoras mayores y puntuaciones significativamente más bajas en el PHQ-9 en comparación con el grupo con apoyo clínico.

Recientemente se ha llevado a cabo un trabajo con el objetivo de someter a prueba la eficacia del *Sadness Program* para la depresión, y del *GADProgram* para el TAG, en atención primaria (N=663) (Sunderland, Wong, Hilvert-Bruce y Andrews, 2012). Para ello, a 302 pacientes con depresión se les dio acceso al *Sadness Program*, y a 361 pacientes con TAG al *GADProgram*. El análisis de los resultados mostró que la gran mayoría (75-80%) de los pacientes que pasaron por dichos programas auto-aplicados experimentaron un cambio clínicamente significativo a través de las 6 sesiones *online*. En los pacientes con depresión las puntuaciones medias de la Kessler-10 psychological distress scale (K10) se redujeron de 28 a 17 y en los pacientes con TAG la puntuación media en esta escala se redujo de 25 a 16. Este cambio es similar al experimentado por los grupos de intervención de los ECA que han

utilizado estos programas auto-aplicados (Perni et al., 2009; Titov, Andrews, Davies et al., 2010). Sin embargo, se necesita más investigación para tratar eficazmente al porcentaje (20-25%) de pacientes que no mejoraron al utilizar estos programas auto-aplicados a través de Internet (Sunderland et al., 2012).

Wellbeing Program.- Este programa de tratamiento auto-aplicado a través de Internet ha sido desarrollado por el grupo de Andrews y Titov en Australia (Titov et al., 2011). Se trata de un tratamiento transdiagnóstico diseñado para tratar la depresión, TAG, FS y el TP (con o sin agorafobia). El tratamiento consiste en 8 lecciones educativas en línea basadas en la TCC. En cada una de ellas se trabaja uno de los componentes terapéuticos que conforman el programa: 1) Psicoeducación (prevalencia de los síntomas, como unos síntomas interactúan con otros, cómo afectan al bienestar emocional); 2) Estrategias para incrementar las cogniciones adaptativas y reducir los pensamientos y creencias desadaptativas; 3) Estrategias para manejar los síntomas físicos de la ansiedad y el hiper-arousal; 4) Estrategias para mejorar la fatiga y el hipo-arousal, 5) Superar la baja actividad, la evitación y las conductas de seguridad; 6) Estrategias para resolver los problemas que afectan al bienestar emocional; 7) Estrategias para fomentar la comunicación asertiva y así manejar las cuestiones interpersonales que afectan al bienestar emocional; y 8) Estrategias para reducir el riesgo de recaídas. Se asignan tareas en cada una de las sesiones y los pacientes reciben un correo electrónico semanal o contacto telefónico de un psicólogo clínico. En cada una de las lecciones se presentan de dos a tres estudios de caso basados en las experiencias de participantes que ya habían realizado el programa. Además, tienen acceso a un foro de debate en línea moderado por el terapeuta y reciben correos electrónicos automatizados.

Se ha desarrollado una versión breve del *Wellbeing Program* (Dear et al., 2011) que contiene 5 sesiones. En esta versión, las estrategias para modificar las creencias desadaptativas, la resolución de problemas y las estrategias para fomentar la comunicación asertiva no están presentes en las sesiones. Sin embargo, los pacientes tienen acceso a una serie de documentos en pdf que contienen información sobre los síntomas adicionales a los que no se dirige la intervención: habilidades de comunicación, estrategias para mejorar el sueño, comunicación asertiva, resolución de problemas, etc.

Además de esta versión breve, estos autores han desarrollado otra versión llamada **Wellbeing Course** (Titov, Dear, Johnston y Terides, 2012). También consta de 5 sesiones. Esta intervención trabaja los mismos componentes incluidos en las versiones anteriores, pero

introduce información sobre el establecimiento de objetivos y destaca conceptos de la psicología positiva y el bienestar.

Se presentan a continuación los estudios llevados a cabo con estos programas transdiagnósticos de tratamiento auto-aplicados a través de Internet. En el año 2011, Titov y su equipo de investigación realizaron un ECA con el objetivo de examinar la eficacia y aceptación del *Wellbeing Program*. En este 77 participantes con depresión, TP, TAG y/o FS fueron asignados aleatoriamente al *Wellbeing Program* (N=39) o a un grupo control lista de espera (N=38). El terapeuta utilizó una media de 85 minutos por persona a lo largo de la realización del programa. El 81% de los participantes completaron el tratamiento. En dichos participantes se redujeron significativamente los síntomas de la ansiedad y la depresión en el post-tratamiento en comparación con el grupo control. Además los participantes calificaron el procedimiento como muy aceptable, y las ganancias se mantuvieron durante el seguimiento. Estos resultados proporcionaron soporte preliminar para la eficacia del tratamiento transdiagnóstico auto-aplicado a través de Internet en los trastornos de ansiedad y depresivos.

En este mismo año se realizó un estudio con el objetivo de examinar la eficacia de la versión breve del *Wellbeing Program* (Dear et al., 2011). Para ello, 32 participantes con diagnóstico principal de depresión, TAG, TP o FS accedieron a esta versión abreviada. Incluye los mismos componentes básicos de TCC que la versión original, pero condensa los materiales pasando de 8 a 5 sesiones en línea, reduciendo así la duración del tratamiento de 10 a 8 semanas. Además, esta versión no incluye el foro en línea pero incluye, como la versión original, tareas, contactos semanales con un psicólogo clínico y correos electrónicos automatizados. El 81% de los participantes terminaron el tratamiento en las 8 semanas y el análisis de los resultados mostró que mejoraron significativamente en los síntomas de depresión y ansiedad. El 68% de los participantes no cumplían los criterios diagnósticos de ningún trastorno en el seguimiento y el número de participantes con diagnóstico co-mórbido disminuyó. Además, los participantes indicaron que el procedimiento les pareció muy aceptable, al igual que los que hicieron el programa original (de 8 sesiones). Pero en esta versión el tiempo invertido por el clínico en cada uno de los participantes fue menor (45 minutos) comparado con el tiempo invertido en el programa original.

Estos resultados proporcionan apoyo adicional a la eficacia de un protocolo transdiagnóstico auto-aplicado a través de Internet para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresivos, e indican que una versión breve puede ser útil.

Recientemente, este mismo grupo (Titov et al., 2013) han llevado a cabo un ECA cuyo objetivo principal era determinar la eficacia del nuevo programa de intervención de 5 sesiones (*Wellbeing Course*) de manera completamente auto-aplicada sin contacto por parte del clínico. Para ello, 257 participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo que utilizaría el programa *Wellbeing Course* o al grupo que utilizaría el mismo programa y además recibiría correos automáticos de recordatorio. El 58% de los participantes del grupo que recibía los correos automáticos y el 36% del grupo que no los recibía terminaron el programa en las 8 semanas. Ambos grupos de intervención mejoraron significativamente sus puntuaciones de depresión y ansiedad en comparación con el grupo control y los resultados se mantuvieron en el seguimiento.

ODIN: Overcoming Depression on the Internet.- Este programa fue desarrollado por el grupo de Clarke (Clarke et al., 2002). Se trata de un programa de tratamiento auto-aplicado a través de Internet para la depresión que está compuesto por 7 módulos basados en el entrenamiento y uso de técnicas de reestructuración cognitiva. Cada uno de los módulos presenta una nueva técnica a través de ejemplos interactivos y oportunidades de práctica. No emplea ninguna terapia del comportamiento o técnicas de AC. Los tutoriales incluyen la auto-evaluación del estado de ánimo, la identificación de pensamientos irracionales, y la generación de pensamientos más realistas. Un módulo representativo de este programa es el "*Thought Helper*". Los participantes escriben un pensamiento negativo o irracional personal en un recuadro de texto y después hacen clic en un botón de búsqueda. El servidor Web busca, en una lista predefinida de 300 pensamientos negativos, los ejemplos que mejor coinciden con el pensamiento negativo presentado por el participante y le devuelven una lista de las coincidencias más probables. Los participantes seleccionan el pensamiento que creen que está más cercano al suyo. Entonces el programa devuelve una lista con varios pensamientos posibles más racionales, en contra de dicho pensamiento negativo. Se recomienda a la persona que cree sus propios pensamientos en contra, a partir de los ejemplos provistos por el programa. Los participantes tienen la posibilidad de almacenarlos y posteriormente acceder a ellos, así como a sus creencias negativas irracionales y las situaciones que las activan.

En cuanto a los estudios que han sometido a prueba la eficacia de este programa cabe señalar un ECA realizado en 2005 (Clarke et al., 2005). En este estudio 255 participantes fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: ODIN más recordatorios a través de tarjetas postales (N=75), ODIN más breves llamadas telefónicas (N=80) y condición control

que consistía en el tratamiento habitual (N=100). Hubo tres momentos de evaluación: pre-tratamiento, post-tratamiento y a las 16 semanas. Los resultados mostraron una ventaja modesta pero estadística y clínicamente significativa para las dos condiciones de tratamiento respecto al grupo control en los autoinformes de depresión en el post-tratamiento. Además, no se encontró ninguna diferencia entre las dos condiciones de tratamiento. En el estudio había un total de 221 participantes con depresión moderada. De estos, 137 completaron la evaluación de seguimiento a las 16 semanas y los resultados mostraron que el 56% de los participantes del grupo de tratamiento estaban todavía en el rango de moderadamente deprimidos, en comparación con el 76% de la muestra del grupo control. Había 149 participantes dentro del rango de depresión grave. De ellos, 93 completaron la evaluación de seguimiento a las 16 semanas y los resultados mostraron que el 42% de los participantes del grupo de intervención se encontraban todavía en el rango de depresión grave, en comparación con el 62% de los del grupo control. Por tanto, utilizando cualquiera de los dos criterios de puntuación (moderados o severamente deprimidos) un número significativamente mayor de participantes que recibieron el tratamiento (20%) se movieron del rango clínico al rango normal al final del estudio.

El grupo de Clarke desarrolló posteriormente una nueva versión del ODIN con el objetivo de incorporar en el programa contenidos que pudieran tener efectos más potentes (Clarke et al., 2009). También se trata de un programa de intervención totalmente auto-aplicado para la depresión, pero mucho más interactivo que el anterior. Además, incluye el componente de AC, aparte de los elementos de terapia cognitiva de la versión anterior actualizados.

Este programa consta de cuatro secciones principales: 1) *Measure Your Mood*: Permite a los pacientes realizar una pequeña autoevaluación de su depresión y revisar gráficamente sus puntuaciones de depresión a lo largo del tiempo; 2) *Facts about Depression*: Se ofrecen páginas de información general sobre la depresión (sus síntomas, causas, tratamientos) y los posibles problemas asociados, tanto mentales como emocionales; 3) *Journal*: Permite a los pacientes registrar sus pensamientos y preocupaciones en un diario privado *online* y 4) *Improve Your Mood*: proporciona a los usuarios dos tutoriales breves e interactivos: uno basado en la reestructuración cognitiva (se utiliza el *Thought Helper* como en la versión original, explicado anteriormente) y el otro en la terapia del comportamiento (aumento de actividades agradables y su relación con el estado de ánimo). Los usuarios pueden elegir realizar uno o los dos tutoriales.

Un reciente ECA (Clarke et al., 2009) utilizó dicho programa revisado con una población de adultos jóvenes (18-24 años). Este estudio pretendía someter a prueba su eficacia comparándolo con un grupo control que recibía el tratamiento habitual (farmacoterapia y servicios psicosociales). Para ello 160 adultos jóvenes con depresión fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención (más recordatorios postales) (N=83) o a un grupo control que recibía el tratamiento habitual (N=77). Los participantes del grupo de intervención no tenían contacto directo con ningún terapeuta. La medida de resultados primaria del estudio fue la depresión (PHQ-9) evaluada en el pre-tratamiento, a las 5, a las 10, a las 16 y a las 32 semanas después de que el paciente se registrara. Se encontró un efecto entre grupos pequeño pero significativo de la semana 0 a la semana 32 para toda la muestra.

Internet based self help for depression. - Este programa de tratamiento auto-aplicado a través de Internet para la depresión fue desarrollado por el grupo liderado por Andersson (Andersson et al., 2005). Se trata de un programa basado principalmente en la terapia cognitiva de Beck y en la AC. Incluye 5 módulos: 1) Introducción; 2) AC; 3) Reestructuración cognitiva; 4) Sueño y Salud Física; 5) Prevención de recaídas y establecimiento de objetivos. Cada uno de los 5 módulos termina con un examen. Las respuestas de dicho examen se envían automáticamente al terapeuta que proporciona *feedback* al paciente a través de un correo electrónico y el código para que pueda acceder al siguiente módulo dentro de 24 horas. El tiempo aproximado de soporte por parte del terapeuta durante la realización de este programa es de dos horas por usuario.

En cuanto a los estudios que han sometido a prueba su eficacia, Andersson et al. (2005) llevaron a cabo un ECA con 117 participantes. Dichos participantes fueron aleatorizados a dos condiciones experimentales: utilización del programa auto-aplicado a través de Internet con un mínimo de contacto con el terapeuta más la participación en un grupo de discusión (N=57), o a un grupo control lista de espera que solamente participaba en el grupo de discusión (N=60). Los participantes que recibieron la terapia basada en Internet con mínimo contacto con el terapeuta junto con la actividad en un grupo de discusión, tuvieron una mayor reducción de los síntomas depresivos en comparación con los participantes que solamente participaron en un grupo de discusión (grupo control en lista de espera). A los seis meses de seguimiento, la mejora se mantuvo en gran medida. La versión de este programa también ha sido empleada por Vernmark et al. (2010).

Depressionshjälpen.- Este programa auto-aplicado a través de Internet para la depresión ha sido desarrollado recientemente también por el grupo de Andersson. Se trata de un programa basado en la AC con influencias de la terapia de aceptación y compromiso (Carlbring et al., 2013). Los componentes añadidos de la terapia de aceptación y compromiso son la práctica de la aceptación y el *mindfulness* y el trabajo de los valores para mejorar la activación (Zettle, 2007). Consta de 8 módulos: 1) Psicoeducación sobre la depresión; 2) La relación entre la actividad y el bienestar (consecuencias de los comportamientos de evitación); 3) Psicoeducación sobre la función de tres tipos de actividades diferentes: actividades asociadas con el placer, actividades que hay que hacer y dominar y actividades no relacionadas con el placer o el dominio. Además, en este módulo también se explica el papel del refuerzo; 4) Cambio de comportamiento (se ofrecen sugerencias concretas de cómo planificar actividades); 5) Aceptación y *mindfulness* (se introduce el papel de los pensamientos y de las emociones incluyendo consejos y ejercicios sobre cómo manejarlos); 6) Repetición del contenido previo del papel del cambio de comportamiento en relación a la emoción y a la cognición. Se incluye también la planificación de objetivos y la programación de actividades; 7) El último módulo es el de prevención de recaídas. El programa incluye elementos interactivos *online* y cada uno de los módulos está conformado por textos, audios, vídeos y animaciones narradas. Además del contenido *online*, las personas tienen acceso a un cuaderno (en papel) y a un CD-ROM para los ejercicios de *mindfulness* y aceptación. El terapeuta proporciona apoyo escrito y *feedback* semanalmente. El tiempo total por participante y semana se limita a 15 minutos. El *feedback* se centra principalmente en validar la experiencia del paciente, reforzar el progreso y animarlos a continuar trabajando con el tratamiento.

Recientemente se ha realizado un ECA con el objetivo de someter a prueba la eficacia de este programa (Carlbring et al., 2013). En dicho estudio, un total de 80 participantes fueron asignados aleatoriamente a la condición de tratamiento o a una condición control lista de espera. Se realizó una evaluación pre-tratamiento, una post-tratamiento y una a los 3 meses de seguimiento. Los resultados en el post-tratamiento mostraron un tamaño del efecto entre grupos grande en las puntuaciones de depresión (Carlbring et al., 2013). El 25% de los participantes del grupo de intervención alcanzó la remisión en la depresión en comparación con el 5% de los participantes de la condición control lista de espera. Esta diferencia fue significativa. Los logros del tratamiento se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento. Los autores concluyen que este estudio proporciona evidencia inicial de que la AC junto a

componentes de la terapia de aceptación y compromiso puede ser un tratamiento efectivo para la reducción de los síntomas de depresión.

Colour your Life (CYL).- Este programa auto-aplicado a través de Internet para la depresión fue desarrollado por el grupo de Spek, Nyklicek, et al. (2007). Está basado en la TCC, concretamente en el tratamiento en grupo *Coping with depression course* de Lewinsohn et al (1992). Consta de 8 módulos que se tienen que realizar semanalmente. Los componentes terapéuticos que conforman dichos módulos de intervención son la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el cambio de comportamiento y la prevención de recaídas. Además, incluye un módulo final de revisión que se completa 12 semanas después de haber realizado el programa. Los diferentes módulos contienen texto, audio, vídeos cortos, ilustraciones y ejercicios TCC.

Este programa fue inicialmente desarrollado para ser utilizado en población de más de 50 años. Ha sido sometida a prueba su eficacia en un ECA en personas mayores de 50 años de edad con depresión subumbral (Spek, Nyklicek, et al., 2007). En este estudio 301 participantes fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: utilización del programa CYL, recibir una TCC en grupo (*Coping With Depression course* de Lewinsohn) o a un grupo control lista de espera. Los análisis de los resultados mostraron diferencias significativas entre el grupo control lista de espera y los dos grupos de intervención, que mejoraron significativamente sus síntomas de depresión (BDI) en comparación con la condición control. No se encontraron diferencias significativas entre dichos grupos de intervención. Un año después del inicio del tratamiento, el programa CYL todavía era significativamente más eficaz que la condición control de lista de espera (Spek et al., 2008).

Este programa ha sido adaptado para el uso en la población adulta (18-65 años) (de Graaf et al., 2009; Warmerdam, van Straten, Twisk, Riper y Cuijpers, 2008). En un reciente ECA (de Graaf, Hollon y Huibers, 2010) 303 pacientes deprimidos fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: programa auto-aplicado CYL sin apoyo por parte del terapeuta (N=100), tratamiento habitual (N=103) o a la combinación del programa auto-aplicado más el tratamiento habitual (N=100). Los resultados mostraron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de intervención. Sin embargo, un análisis de seguimiento del mismo estudio mostró que los pacientes más optimistas podían beneficiarse más del programa auto-aplicado en comparación con el tratamiento habitual, mientras que los que tenían una historia psiquiátrica parental o de un diagnóstico de TDM,

esto es, presentaban características de vulnerabilidad más graves, tuvieron un mejor resultado en la combinación del programa auto-aplicado con la atención habitual en comparación con la atención habitual sola.

Deprexis.- Este es otro programa auto-aplicado a través de Internet para el tratamiento de la depresión desarrollado por el grupo liderado por Meyer et al. (2009). Este programa incluye intervenciones como la psicología positiva, el *mindfulness* e intervenciones centradas en las emociones además de las técnicas tradicionales cognitivas y comportamentales. Consta de 10 módulos. Estos son: 1) Psicoeducación; 2) AC ; 3) Modificación cognitiva; 4) *Mindfulness* y aceptación; 5) Habilidades interpersonales; 6) Relajación, ejercicio físico y modificación del estilo de vida; 7) Resolución de problemas; 8) Escritura expresiva y perdón; 9) Psicología positiva; 10) Los sueños e intervenciones focalizadas en la emoción. Cada uno de los diez módulos está enmarcado por una introducción y un resumen. Está organizado sobre diálogos simulados e incluye dibujos, fotografías y animaciones multimedia. Los estudios realizados hasta ahora con este programa sugieren que aporta beneficios. En concreto, Meyer et al. (2009) en Alemania realizaron un ECA en el que investigaron a 396 participantes con depresión. Estos participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: utilización del programa auto-aplicado durante nueve semanas como un complemento del tratamiento habitual (N=320) o a una condición de lista de espera de nueve semanas más la atención habitual (N=76). Se realizó una evaluación pre-tratamiento, una evaluación post-tratamiento y una evaluación a los seis meses de seguimiento. De los 396 participantes, 216 (55%) completaron la evaluación post-tratamiento. Los análisis de los resultados revelaron una reducción significativa en la severidad de la depresión (BDI) y una mejora significativa en el funcionamiento social. Estas mejoras se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento. Por otra parte, un porcentaje mucho mayor de pacientes en el grupo de intervención experimentó una reducción significativa de los síntomas depresivos y se recuperó con mayor frecuencia. Más de 80% de los usuarios consideraron que el programa había sido de gran ayuda. Los autores llegaron a la conclusión de que podría servir como un tratamiento adyuvante o incluso como una herramienta independiente para los pacientes con síntomas de depresión leves.

Se ha realizado otro ECA (Berger, Hammerli, Gubser, Andersson y Caspar, 2011) con el objetivo de comparar la eficacia de este programa auto-aplicado sin ningún apoyo por parte del terapeuta con la misma intervención con apoyo semanal por parte del terapeuta via e-mail. Se incluyó además un grupo control lista de espera. En dicho estudio, 76 personas que

cumplían los criterios diagnósticos de depresión mayor o distimia fueron asignados a tres condiciones experimentales: *Deprexis* con apoyo semanal por parte del terapeuta, *Deprexis* sin ningún apoyo por parte del terapeuta o a una condición control lista de espera. Se realizó una evaluación pre-tratamiento, una post-tratamiento y a los 6 meses de seguimiento. Se contó con los datos post-tratamiento de 69 pacientes y de 59 pacientes en el seguimiento. Los resultados mostraron que en ambos grupos de tratamiento se produjo una reducción significativa de los síntomas de depresión en comparación con el grupo control de lista de espera. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos activos y en ambos los logros del tratamiento se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento. Según los autores, dado que a todos los participantes se les aplicó una entrevista telefónica estructurada de diagnóstico antes de la inclusión, no se pueden extraer inferencias sobre tratamientos totalmente sin ningún contacto humano personal.

En un reciente ECA (Moritz, Schilling, Hauschildt, Schröder y Treszl, 2012), 210 participantes fueron asignados a dos condiciones experimentales: programa *Deprexis* (N=105) o a un grupo control lista de espera (N=105). En comparación con el grupo control lista de espera, los usuarios que realizaron el programa experimentaron una disminución significativa de sus síntomas depresivos. Dicha disminución fue especialmente pronunciada entre las personas con síntomas moderados al inicio del estudio. Los resultados sugieren que *Deprexis* puede ser beneficioso para las personas con depresión, especialmente en aquellos con síntomas moderados.

Psyfit – Es un programa auto-aplicado a través de Internet sin apoyo por parte de un terapeuta que tiene como objetivo mejorar el bienestar mediante la estimulación, el crecimiento personal y el funcionamiento positivo (Bolier et al., 2013). Además, tiene el objetivo paralelo de reducir los síntomas depresivos y de ansiedad. La intervención se basa en los manuales de la psicología positiva y en mejorar las fortalezas y competencias personales en lugar de en los problemas mentales y las deficiencias. Está compuesto por 6 módulos (cada uno contiene 4 lecciones): 1) Establecimiento de metas, 2) Las emociones positivas, 3) Las relaciones positivas, 4) *Mindfulness*, 5) El pensamiento optimista, y 6) El dominio de su vida. Se realiza una lección por semana que consiste en psico-educación y un ejercicio de práctica. Al final de la semana, los participantes reciben un correo electrónico notificándoles que la siguiente lección se puede iniciar. Pueden empezar o terminar los diferentes módulos como quieran, siempre y cuando sigan la secuencia establecida.

Este programa ha sido sometido a prueba recientemente en un ECA (Bolier et al., 2013). Un total de 284 participantes con depresión leve o moderada fueron aleatorizados a una condición de intervención con el programa auto-aplicado *Psyfit* (n=143) o a una condición control lista de espera (n= 141). Se evaluó a los participantes del estudio en el pre-tratamiento, a los 2 y 6 meses desde el comienzo. Los resultados mostraron que a los 2 meses de seguimiento el programa de intervención tendió a ser más efectivo que la condición control en el aumento del bienestar. Además, se encontraron mejoras significativas en los síntomas depresivos y de ansiedad. A los 6 meses de seguimiento no se observaron mejoras significativas en las medidas de bienestar, pero sí en los síntomas depresivos y de ansiedad en comparación con el grupo control lista de espera. Los autores concluyen que una intervención *online* basada en el fomento del bienestar, puede ser efectiva para mejorarlo (por el momento a corto plazo) y puede ayudar a reducir los síntomas de depresión y ansiedad.

3.2.2. Revisiones y meta-análisis

Los estudios realizados con los diferentes programas auto-aplicados existentes para el tratamiento de la depresión, referidos anteriormente, se incluyen en importantes meta-análisis y revisiones. Las revisiones sistemáticas que se han realizado muestran que los tratamientos a través de Internet y los tratamientos computarizados son intervenciones eficaces (Spek, Cuijpers et al., 2007; Richard y Richardson, 2012; Titov, 2011). Además, los resultados de meta-análisis de tratamientos que utilizan como soporte Internet y de tratamientos computarizados indican que producen mayores tamaños del efecto que las condiciones de control (Andersson y Cuijpers, 2009; Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy y Titov, 2010; Cuijpers, Donker, van Straten, Li y Andersson, 2010; Cuijpers, Donker et al., 2011; Richards y Richardson, 2012). A continuación se van a exponer las principales conclusiones a las que llegan los meta-análisis y revisiones más recientes.

En el año 2009 Andersson y Cuijpers publicaron un meta-análisis en el que se investigó el efecto general de los tratamientos basados en Internet y computarizados para la depresión. El objetivo del meta-análisis fue resumir los efectos de estos tratamientos e investigar las características de los estudios que pueden relacionarse con dichos efectos. En particular, los autores estaban interesados en conocer el papel que tiene el apoyo del terapeuta (apoyo personal) en la realización de este tipo de programas. Se incluyeron 12 estudios con un total de 2.446 participantes. Entre dichos estudios había 4 en los que los pacientes no recibieron ningún apoyo por parte del terapeuta a lo largo del tratamiento y 8 en los que sí lo recibían (vía

e-mail, llamadas telefónicas durante la realización del programa, llamadas de recordatorio, breve ayuda antes y después de cada una de las sesiones o contacto asincrónico). El objetivo del apoyo por parte del terapeuta en los diferentes estudios era ayudar a los pacientes a lo largo de la realización del programa. Diez de los 12 estudios fueron de programas auto-aplicados a través de Internet. Se realizaron 15 comparaciones en el post-tratamiento entre los tratamientos psicológicos auto-aplicados computarizados y/o basados en Internet frente a grupos control. El tamaño del efecto medio para los tratamientos auto-aplicados (d de Cohen) fue $d = 0,41$. Sin embargo, cabe señalar que esta estimación del efecto fue moderada por una diferencia significativa entre los tratamientos que incluían apoyo por parte de un terapeuta ($d = 0,61$) y los tratamientos en los que no se incluía ningún apoyo ($d = 0,25$). Los autores concluyeron que aunque se necesita más investigación de estos tratamientos auto-aplicados, los resultados apoyan el hecho de que en un futuro puedan convertirse en TBE para la depresión.

Otro meta-análisis llevado a cabo por Andrews et al. (2010) se centró en los TCC auto-aplicados computarizados para la depresión y los trastornos de ansiedad. Un total de 22 ECA llevaron a cabo una comparación de dichos tratamientos con un grupo control. Los resultados mostraron que el tamaño del efecto general superior de los tratamientos auto-aplicados sobre el grupo control fue de 0,88. Este beneficio se produjo, tanto en los trastornos de ansiedad como en la depresión. Centrándonos en los estudios de depresión se encontró un tamaño del efecto global de $g = 0,78$. Además, los resultados mostraron que la mejora en los TCC auto-aplicados se mantuvo en los periodos de seguimientos, que se extendían hasta una media de 26 semanas tomando en consideración los estudios incluidos en el meta-análisis. Diez de los estudios incluidos en el meta-análisis presentaron datos de aceptación. Dicha aceptación, medida mediante la adherencia a los tratamientos y a la satisfacción fue buena. Una media del 80% de los pacientes que empezó un programa lo terminó y una media del 86% de los pacientes refirió estar satisfecho o muy satisfecho con el programa de tratamiento. Este trabajo concluye que la TCC computarizada, especialmente a través de Internet, tiene la capacidad de ofrecer un tratamiento eficaz y aceptable para aquellas personas que no puedan recibirlo de otra manera.

Estos resultados también fueron apoyados por un meta-análisis realizado por Cuijpers et al. (2010) cuyo objetivo fue determinar si los tratamientos auto-aplicados con apoyo por parte del terapeuta para la depresión y la ansiedad eran igualmente eficaces que los tratamientos

cara a cara. En este estudio se define que se trata de un tratamiento auto-aplicado con apoyo por parte del terapeuta cuando éste ayuda a los pacientes en el trabajo a lo largo de la realización del programa. El contacto es limitado y puede ser proporcionado a través de contactos personales breves, por teléfono o por correo electrónico. Se permite un máximo de 12 contactos con un máximo de 20 minutos cada uno. Los autores recalcan que una importante distinción entre la terapia cara a cara y los tratamientos auto-aplicados con apoyo es la cantidad de contacto con el terapeuta, siendo ésta mucho menor en los auto-aplicados. En este análisis se incluyen 21 ECA con un total de 810 participantes. En los diferentes estudios los participantes fueron asignados aleatoriamente a la condición de tratamiento auto-aplicado con apoyo por parte del terapeuta o al tratamiento cara a cara. El tamaño del efecto general entre grupos en el post tratamiento fue $d = -0,02$ indicando que no hay diferencias entre los tratamientos basados en Internet con apoyo por parte del terapeuta y los administrados cara a cara. En el seguimiento (hasta un año) tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos métodos de intervención. Además tampoco se encontraron diferencias significativas entre ellos en cuanto a las tasas de abandonos. Estos autores concluyeron que los tratamientos auto-aplicados con apoyo por parte del terapeuta y los tratamientos cara a cara tienen efectos similares en los trastornos de ansiedad y en la depresión.

Un reciente meta-análisis (Cuijpers, Donker et al., 2011) se ha centrado específicamente en los tratamientos psicológicos totalmente auto-aplicados (sin ningún tipo de contacto y apoyo por parte de un terapeuta, asesor o investigador) para personas adultas que cumplieran los criterios de un trastorno depresivo de acuerdo con una entrevista diagnóstica o un nivel de sintomatología depresiva elevada (según los puntos de corte del BDI-II). Se incluyeron siete ECA basados en la TCC que compararon los tratamientos totalmente auto-aplicados con una condición control (lista de espera, tratamiento habitual o placebo). De dichos tratamientos seis eran programas auto-aplicados a través de Internet mientras que en uno de los estudios se utilizaron libros de auto-ayuda. Los siete ECA incluyeron un total de 1.362 participantes. Los resultados han confirmado la eficacia general de los tratamientos totalmente auto-aplicados. El tamaño del efecto medio general entre dichos tratamientos y los grupos controles en el post-tratamiento fue pequeño ($d = 0,28$) pero se mantuvo en gran medida en los seguimientos de 8 a 12 meses ($d = 0,27$). Los autores concluyeron que el tratamiento psicológico totalmente auto-aplicado tiene un efecto pequeño, pero estadísticamente significativo en los participantes con niveles elevados de sintomatología depresiva.

En una reciente revisión realizada por Titov (2011) se concluye que los ECA han confirmado la eficacia de los programas auto-aplicados a través de Internet con apoyo por parte del terapeuta en el tratamiento de las personas con diagnóstico o síntomas elevados de depresión, con resultados equivalentes a los obtenidos por los programas basados en los modelos cognitivo-conductual o de resolución de problemas. Además, cabe señalar dos importantes conclusiones de esta revisión: en los tratamientos con apoyo, los tamaños del efecto son comparables a los obtenidos en la psicoterapia cara a cara y las intervenciones de baja intensidad son tan efectivas como las que tienen mayores niveles de contacto con el terapeuta. Se refieren a intervenciones de baja intensidad cuando el contacto con el terapeuta es de menos de 3 horas y de alta intensidad cuando es de más de 3 horas. En esta revisión, se observa que los programas auto-aplicados enteramente, sin ningún apoyo, parecen tener menos beneficios. Este trabajo recalca la clara evidencia de las intervenciones auto-aplicadas a través de Internet para la depresión, pero señala la necesidad de más ensayos a gran escala para evaluar las estrategias óptimas para la difusión de estas intervenciones. Además Titov (2011) concluye que los estudios futuros deben replicar los resultados de forma independiente y se requieren esfuerzos para educar a los pacientes y profesionales de la salud sobre este tipo de intervenciones.

Al igual que la revisión de Titov (2011), el trabajo de revisión y meta-análisis de Richards y Richardson, (2012) da también apoyo a la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos computarizados para la depresión. La parte de revisión de este trabajo incluyó 40 estudios y el meta análisis 19 ECA. Los resultados constataron que, además de la reducción de los síntomas auto-reportados de depresión, las intervenciones auto-aplicadas también pueden producir mejoras clínicamente significativas y de recuperación en la depresión lo que da mayor apoyo a la eficacia de estas intervenciones. El meta-análisis reveló un tamaño del efecto global de $d = 0,56$. Además, los resultados mostraron un tamaño del efecto estadísticamente significativo ($d = 0,20$) en el seguimiento a favor de las intervenciones auto-aplicadas en comparación con un grupo control. Sin embargo, estos autores señalan que es importante tener en cuenta la considerable diferencia en el tamaño del efecto entre el post-tratamiento y el seguimiento, lo que sugiere que los beneficios de las intervenciones computarizadas son más a corto plazo. Recalcan la necesidad de nuevas investigaciones relativas al mantenimiento de los beneficios de los tratamientos auto-aplicados y sugieren que tal vez las intervenciones con sesiones de refuerzo pueden ser de utilidad para mantener las mejoras. Un resultado importante de este trabajo es la evidencia de que las intervenciones auto-aplicadas que

cuentan con el apoyo por parte de un terapeuta o por parte de personal administrativo dan mejores resultados, junto con menos tasas de abandono por parte de los participantes. Cuando se estudiaron los datos en función del tipo de apoyo recibido, el tamaño de efecto medio en el post-tratamiento fue de $d = 1,35$ para los estudios apoyados por un terapeuta frente a valores de $d = 0,95$ para los estudios apoyados por personal administrativo. En los estudios que no contaban con ningún apoyo (ni por parte de un terapeuta ni por parte de personal administrativo) el tamaño del efecto medio en el post-tratamiento fue de $d = 0,78$. A través de los 40 estudios revisados se observa una tasa de abandono global del 57%. Analizando estas tasas de abandono en función del apoyo recibido durante el tratamiento auto-aplicado, fueron del 74% en los estudios sin ningún apoyo, del 38, 4% en los tratamientos con apoyo por parte de personal administrativo y del 28% en los tratamientos con apoyo por parte del terapeuta. Sin embargo, mientras que los efectos son superiores en las intervenciones con apoyo, y las tasas de abandono menores, todavía están presentes en los estudios las intervenciones sin ningún tipo apoyo. Una explicación que dan estos autores a este hecho es que, dado el crecimiento mundial de la depresión y la necesidad de tratamiento insatisfecha, los programas sin apoyo tienen el potencial de aumentar el acceso, a un costo mínimo, especialmente donde los recursos humanos son limitados. El meta-análisis también mostró que no hay diferencias significativas entre los tamaños de los efectos combinados de los estudios realizados en la comunidad o en atención primaria y secundaria, subrayando así el potencial de este tipo de intervenciones para ser utilizadas en diversos contextos, con diferente grupos de pacientes y gravedad de los síntomas (Richards y Richardson, 2012). Estos autores recalcan también la importancia de la investigación futura de este tipo de intervenciones en poblaciones específicas. El análisis de subgrupos demostró un tamaño del efecto en el post-tratamiento de $d = 0,34$ para los estudios con poblaciones específicas, que contrasta con un tamaño del efecto combinado de $d = 0,60$ para el resto de estudios ECA y las comparaciones mostraron que esta diferencia es significativa. Por tanto, los resultados apoyan la eficacia general de las intervenciones auto-aplicadas para la depresión; sin embargo, el potencial para poblaciones específicas no está claro por lo que la investigación actual y futura es necesaria (Richards y Richardson, 2012).

Vemos que no hay duda de la eficacia de los tratamientos auto-aplicados computarizados en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, se necesita más investigación, en particular, para determinar la influencia de los factores del terapeuta en los tratamientos de apoyo, las

razones de los abandonos, el mantenimiento de los beneficios post-tratamiento y los tratamientos con los diversos grupos de población.

3.2.3. Programas auto-aplicados para la prevención de la depresión

En el año 2002, Christensen y Griffiths recalcaron en su trabajo, *The prevention of depression using the Internet*, la importancia de diseñar programas auto-aplicados a través de Internet para la prevención de la depresión. En aquel momento había estudios que sugerían que la depresión se podía prevenir en niños y adultos. Sin embargo, esas intervenciones de prevención no llegaban a todas las personas que las necesitaban. Estos autores señalaron la oportunidad que ofrecía Internet para realizar intervenciones de prevención, llegando así a un público amplio, de manera rentable, preservando al mismo tiempo la fidelidad de la intervención y el anonimato. Hicieron hincapié en la necesidad de programas auto-aplicados preventivos y estudios que evaluaran su eficacia (Christensen y Griffiths, 2002).

Actualmente hay evidencia de la existencia de intervenciones de prevención auto-aplicadas a través de Internet y computarizadas que han demostrado ser eficaces en la prevención de la depresión (Calear, Christensen, Mackinnon, Griffiths y O’Kearney, 2009; Griffiths y Christensen, 2006; Spek, Cuijpers et al., 2007). Las revisiones sistemáticas indican que estas intervenciones preventivas ofrecen buenos resultados (Calear y Christensen, 2010; Richardson, Stallard y Velleman, 2010).

A continuación se van a explicar las principales intervenciones auto-aplicadas de prevención de la depresión en adultos y jóvenes así como los estudios que han sometido a prueba su eficacia.

Internet-based self-help problem solving therapy.- Este programa de prevención auto-aplicado a través de Internet ha sido desarrollado por Van Straten, Cuijpers y Smits (2008). Se trata de una adaptación holandesa del *Self-Examination Therapy* (Bowman, Scogin y Leyre, 1995; Bowman, Scogin, Floyd, Patton y Gist, 1997), ampliada con más información, ejemplos y ejercicios. Este programa de prevención va dirigido a personas que presentan niveles subclínicos de depresión y / o ansiedad (prevención indicada). Está basado en la teoría de que los síntomas psicológicos de la depresión y la ansiedad son causados por una incapacidad para resolver problemas prácticos. Por lo tanto, pretende mejorar los síntomas aumentando la capacidad de resolución de problemas a lo largo de 5 lecciones (una lección semanal). El elemento central de la intervención es enseñar a los participantes a enfocar los problemas que

tienen solución de una manera estructurada. Esta intervención ha tenido éxito en la reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés relacionados con el trabajo en población adulta. Esto se determinó en el ECA llevado a cabo por Van Straten et al (2008). Un total de 213 participantes fueron asignados aleatoriamente a la intervención (N=107) o a un grupo control lista de espera (N=106). Cada semana los pacientes que estaban realizando el programa recibían un correo automático que explicaba el contenido y los ejercicios de la semana siguiente. Además los participantes recibían apoyo por parte de un estudiante de psicología entrenado para ello que les ofrecía *feedback* a través del correo electrónico sobre los ejercicios realizados. En el pre-tratamiento y en el post-tratamiento se tomaron medidas de depresión, ansiedad, estrés laboral y calidad de vida. De los 107 participantes del grupo de intervención el 55% (N=59) completaron el curso. Para todos ellos la intervención fue efectiva en reducir los síntomas de depresión y ansiedad, así como en la mejora de la calidad de vida. Por otra parte, un mayor porcentaje de pacientes del grupo de intervención experimentó una mejoría significativa en los síntomas en comparación con los participantes del grupo control. El curso fue menos eficaz para el estrés relacionado con el trabajo, pero los participantes del grupo de intervención se recuperaron con mayor frecuencia de *burnout* que aquellos del grupo control. El estudio demostró que esta intervención basada en la resolución de problemas administrada a través de Internet tiene efectos estadísticamente y clínicamente importantes en los síntomas de depresión y ansiedad. Estos efectos fueron aún más pronunciados entre los participantes con problemas de base más graves y para los participantes que completaron el curso completo. Se necesita más investigación para mejorar la eficacia contra el estrés relacionado con el trabajo (Van Straten et al., 2008).

Se han examinado también los efectos de esta intervención en adolescentes con síntomas leves o moderados de depresión o ansiedad obteniendo buenos resultados (Hoek, Schuurmans, Koot y Cuijpers, 2009).

Competent Adulthood Transition with Cognitive Behavioural and Interpersonal Training (CATCH-IT).- Este es otro de los programas de prevención auto-aplicado a través de Internet, en este caso desarrollado por Van Voorhees, Ellis, Stuart, Fogel y Ford (2005). Es un programa que se desarrolla en 14 módulos basados en la AC, la TCC y la TIP. Está diseñado para prevenir la depresión en adolescentes y jóvenes entre 14 y 21 años con sintomatología sub-clínica. Tiene como objetivo enseñar a reducir los comportamientos que aumentan su vulnerabilidad a padecer un trastorno depresivo (rumiación o evaluaciones negativas) y potenciar los factores

protectores (el apoyo social y la programación de actividades). Cada uno de los módulos incluye objetivos de aprendizaje, explicación de conceptos, historias de personas, ilustración de las lecciones, ejercicios de desarrollo de habilidades, un resumen, retroalimentación de la experiencia y un refuerzo entregado vía Internet. La aplicación del programa puede ser precedida por un Asesoramiento Breve (AB) o una Entrevista Motivacional (EM). Estas intervenciones preparatorias son realizadas por médicos de atención primaria entrenados. Ha sido aplicado en atención primaria y en atención especializada (salud mental), tanto en prevención selectiva como indicada, siendo eficaz en la reducción significativa de los síntomas depresivos utilizando tanto la EM como la AB (Van Voorhees et al., 2008; Van Voorhees et al., 2009). En este sentido, Voorhees et al. (2008) llevaron a cabo un ECA en el que 84 adolescentes con riesgo de desarrollar depresión fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: EM más la utilización del programa o AB más la utilización del programa. Se compararon los cambios del pre al post-tratamiento y los resultados mostraron que en comparación con los valores previos al estudio, en ambos grupos disminuyó significativamente el estado de ánimo deprimido. Del mismo modo, ambos grupos mostraron aumentos en el apoyo social por parte de los compañeros.

En el año siguiente, los mismos autores llevaron a cabo otro ECA en atención primaria también con el objetivo de comparar la aplicación del programa precedida por AB o por EM (Van Voorhees et al., 2009). Para ello, 84 pacientes de 14 a 21 años con riesgo elevado de padecer un trastorno depresivo (estado deprimido subumbral) fueron asignados aleatoriamente al grupo de AB más la intervención (N=40) o al grupo EM más la intervención (N=43). En los dos grupos, las puntuaciones de depresión se redujeron de manera significativa desde el inicio del tratamiento a 12 semanas después. Sin embargo, el grupo al que precedió la EM antes de la intervención mostró una disminución de los pensamientos de autolesión y de la desesperanza. Además fue significativamente menos propenso a experimentar un episodio depresivo (4,65%) en comparación con el grupo de AB (22,5%) o para informar de desesperanza (2%) en comparación con el grupo de AB (15 %) a las 12 semanas.

Este programa ha sido también sometido a prueba en otro ECA reciente que al igual que los anteriores ha comparado la intervención precedida de AB y de EM (Saulsberry et al., 2013). En este estudio se tomaron medidas al año de seguimiento. Los resultados mostraron que en los dos grupos se redujeron significativamente los síntomas depresivos. También se redujeron significativamente en ambos grupos los sentimientos de soledad y la ideación auto-lesiva.

Aunque no se observaron diferencias entre los grupos en el estado de ánimo deprimido o en las medidas de trastorno depresivo, un menor número de participantes en el grupo EM habían experimentado un episodio depresivo al año de seguimiento.

MoodGYM.- Este es otro programa preventivo, en este caso universal, de corte cognitivo-comportamental, también auto-aplicado a través de Internet desarrollado por el grupo de Christensen en Australia (Calear et al., 2009; Christensen, Griffiths y Jorm 2004; Christensen, Griffiths, Mackinnon y Brittliffe, 2006; Mackinnon, Griffiths y Christensen, 2008). Este programa fue primero puesto a prueba en personas de 18 a 52 años. Luego se ha estudiado con adolescentes de 12 a 17 años como prevención universal en colegios. Está diseñado para prevenir y disminuir los síntomas de depresión y ansiedad. Está basado en la TCC y su objetivo es cambiar los pensamientos y creencias disfuncionales, mejorar la autoestima y las relaciones interpersonales, así como enseñar habilidades importantes para la vida como la resolución de problemas y la relajación. Contiene cinco sesiones interactivas y cada sesión dura entre 30 y 60 minutos. Los usuarios pueden proceder a través del programa a su propio ritmo. *MoodGYM* permite a la persona identificar los síntomas de la depresión, superarlos, y desarrollar buenas habilidades para afrontarlos. Contiene información, demostraciones, cuestionarios y ejercicios de habilidades (relajación, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, asertividad, formación de autoestima, y cómo hacer frente a las complicaciones).

En cuanto a los estudios que han analizado la eficacia de este programa, Christensen et al. (2004) llevaron a cabo un ECA con el objetivo de evaluar la eficacia de dos intervenciones basadas en Internet para personas con síntomas de depresión: un sitio web que ofrece psicoeducación e información sobre la depresión (*Blue Pages*) y el programa auto-aplicado interactivo *MoodGYM*. Para ello, 525 personas con síntomas depresivos elevados fueron asignados aleatoriamente a tres condiciones experimentales: la página web que ofrece información sobre la depresión (N=166), el programa *MoodGYM* (N=182) o a una intervención control utilizando una atención placebo (N=178). Las medidas de cambio principales fueron la depresión, los pensamientos disfuncionales, el conocimiento de los tratamientos médicos y psicológicos y el conocimiento de la terapia cognitivo-comportamental y se tomaron inmediatamente después de las intervenciones. Los resultados mostraron que las dos condiciones de intervención a través de Internet fueron más efectivas en la reducción de los síntomas de depresión que la intervención control. No se encontraron diferencias entre los resultados de las dos intervenciones basadas en Internet en dicha reducción de los síntomas

depresivos. En la intervención con el programa *MoodGYM* se redujeron además los pensamientos disfuncionales y aumentó el conocimiento sobre la TCC. En la condición que utilizó *Blue Pages* aumentó significativamente la comprensión de los participantes sobre los TBE para la depresión. En resumen, tanto la TCC como la psicoeducación administradas vía Internet resultaron efectivas en la reducción significativa de los síntomas de depresión.

Posteriormente, se realizó un ECA comparando *MoodGYM* y *Blue Pages* mostrando los resultados hasta los 12 meses de seguimiento (Mackinnon et al., 2008). El objetivo de este estudio fue pues determinar los resultados de estas dos intervenciones basadas en Internet a los 6 meses y a los 12 meses comparándolas con una condición control placebo. Para ello, los 525 participantes del estudio anterior, que habían sido asignados aleatoriamente a una de las tres condiciones, fueron evaluados a los 6 meses y a los 12 meses después de haber finalizado la intervención. De los 525 participantes el 79% completó su intervención asignada y el 60% llegaron a la evaluación de seguimiento a los 12 meses. Los resultados mostraron que tanto *MoodGYM* como *Blue Pages* se asociaron con reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión, comparados con los controles en el post-test. A los 6 meses de seguimiento la reducción se observó en los participantes del grupo que realizó el programa *MoodGYM*, y no en los participantes que realizaron la intervención con la página web de información sobre la depresión (*Blue Pages*). A los 12 meses de seguimiento las dos condiciones activas de intervención fueron significativamente y estadísticamente superiores en comparación con la condición control.

En un reciente ECA (Lintvedt et al., 2013) se ha evaluado la eficacia de *MoodGYM* junto a *Blue Pages* (sin ningún tipo de apoyo u orientación) en la reducción de los síntomas depresivos en jóvenes en situación de riesgo de depresión. Para ello, 163 estudiantes (edad promedio 28,2 años) con ansiedad elevada fueron asignados al azar a la condición de intervención por Internet o a un grupo control en lista de espera. La condición de intervención consistió en el acceso a la página web con información sobre la depresión (*Blue Pages*) más la realización del programa TCC a través de Internet (*MoodGYM*). Los resultados mostraron que la intervención fue eficaz en la reducción de los síntomas de la depresión y los pensamientos negativos y aumentó el conocimiento práctico de la depresión en los adultos jóvenes. A los dos meses de seguimiento, se encontraron mejoras significativas en comparación con el grupo control. Además la satisfacción de los participantes fue elevada.

También se han encontrado resultados significativos en la reducción de los síntomas depresivos en población adolescente con la utilización del programa *MoodGYM* (Calear et al., 2009; O’Kearney, Gibson, Christensen y Griffiths, 2006; O’Kearney, Kang, Christensen y Griffiths, 2009; Sethi, Campbell y Ellis, 2010).

3.3. VARIABLES IMPORTANTES A TOMAR EN CONSIDERACIÓN

Como se ha visto en los apartados anteriores, los resultados obtenidos hasta el momento con los programas auto-aplicados a través de Internet son consistentes y prometedores. Sin embargo, aún existen importantes problemas por resolver. Todas las personas no llegan a utilizar estos programas, alrededor de un 38% (rango 4% - 83%) de las personas a las que se invita a recibir tratamiento auto-aplicado a través de Internet lo empiezan (Waller y Gilbody, 2008) y los profesionales no siempre aprecian y valoran el papel que puede tener este tipo de auto-ayuda en el contexto terapéutico (Wells, Mitchell, Finkelhor y Becker-Blease, 2007; Whitfield y Williams, 2004). Además, no todos los pacientes continúan y terminan el programa pues los estudios de meta-análisis sobre programas auto-aplicados a través de Internet para depresión señalan una tasa de abandonos del 32% (rango 0-75%) (Kaltenthaler, Parry et al., 2008). Otros estudios ponen de manifiesto que los abandonos en los programas de tratamiento basados en Internet varían entre 2 y 83%, con una media de 19%, y un promedio ponderado de 31% (Melville et al., 2010). Además, son datos constatados que en cuanto a las tasas de abandonos, son más altas en los tratamientos que utilizan Internet, que en los tradicionales “cara a cara” (Anderson, 2009).

Por todo ello, conocer los efectos de los tipos de interacción del usuario con el sistema y el desarrollo de modelos teóricos de adherencia a este tipo de programas son aspectos fundamentales a tomar en consideración (Christensen, Griffiths y Farrer, 2009). En este sentido, Andersson et al. (2009) han realizado una serie de reflexiones acerca de los aspectos centrales que hacen que estos tratamientos aplicados por medio de Internet funcionen. Un factor fundamental destacado por esos autores es el tipo y la cantidad de apoyo que proporciona el terapeuta al paciente, pero se desconoce cómo y cuánto apoyo resulta necesario proporcionar. El problema de las altas tasas de abandonos puede tener distintas causas, y una de ellas puede ser el apoyo proporcionado o no proporcionado por parte del terapeuta. Sin duda, profundizar en su comprensión permitirá desarrollar estrategias que ayuden a resolverlo. Se sabe que las tasas de abandono son mucho más altas (74%) en los

tratamientos auto-aplicados que no reciben apoyo, que en los que sí lo reciben, ya sea por parte de personal administrativo (38%) o por parte de un terapeuta (28%) (Richards y Richradson, 2012). A continuación nos vamos a centrar en las conclusiones que han sacado diferentes estudios al respecto: *¿Que tipo de apoyo es el óptimo, de qué manera, proporcionado por quién y con qué frecuencia se debe dar en las intervenciones auto-aplicadas?*

3.3.1. Cantidad y tipo de apoyo proporcionados en los tratamientos auto-aplicados

Recientemente, ha aumentado la investigación dirigida a determinar la importancia del apoyo por parte del terapeuta en los tratamientos auto-aplicados. Como ponen de manifiesto las conclusiones de los meta-análisis referidos anteriormente, los datos constatan que los tratamientos auto-aplicados en los que se da apoyo a lo largo de la realización del programa producen mayores tamaños del efecto y menos tasas de abandono que los programas totalmente auto-aplicados, sin ningún tipo de apoyo (Andersson y Cuijpers, 2009; Richards y Richardson, 2012). Además, hemos visto como los resultados muestran que los tratamientos auto-aplicados con apoyo por parte del terapeuta y los tratamientos cara a cara tienen efectos similares y tasas de abandonos similares (Andrews et al., 2010; Cuijpers et al., 2010; Titov, 2011).

No obstante, aunque la mayoría de estudios realizados hasta la fecha refieren que los programas totalmente auto-aplicados parecen tener menos beneficios, también existe evidencia de la eficacia comparable de dichos programas (sin ningún tipo de contacto y apoyo por parte de un terapeuta, asesor o investigador) con el mismo programa de intervención con contacto o apoyo humano, como ha sido mencionado en los estudios anteriores (Berger et al., 2011; Clarke et al., 2005; Cuijpers, Donker et al., 2011; Farrer et al., 2011).

Para valorar la importancia del apoyo proporcionado, hay que tener en cuenta que los tratamientos auto-aplicados ofrecen diferentes niveles de contacto con el terapeuta (o personal técnico o administrativo, dependiendo de estudios) y tipos de participación del mismo, que van desde ningún contacto, a una evaluación exhaustiva previa al tratamiento, o apoyo continuo durante el mismo.

Cantidad de apoyo.- Johansson y Andersson (2012) han realizado recientemente una revisión en la que se incluyen 25 ensayos controlados. En ocho de estos ensayos, más de un

tratamiento se comparó con una condición control, lo que resultó en un total de 33 comparaciones con un grupo control (lista de espera o tratamiento habitual). La mayoría de los estudios publicados y considerados en esta revisión se basan en la TCC. Los autores refieren que los tamaños del efecto van de 0,10 a 1,20. Como el objetivo de este trabajo no fue llevar a cabo un meta-análisis formal, no se reporta el tamaño del efecto medio. Uno de los objetivos principales de esta revisión fue estudiar si los diferentes grados de apoyo proporcionados pueden influir en los resultados de una intervención auto-aplicada a través de Internet. Para ello, estos autores clasificaron los estudios publicados incluidos en su revisión de acuerdo con el grado de apoyo proporcionado. Por apoyo, ellos se refieren a cuando tiene lugar un contacto humano y no por parte de un sistema automatizado que puede realizar el *screening*, las medidas o los recordatorios automatizados. Se establecieron categorías para los diferentes grados de apoyo: Categoría 0, cuando no había contacto humanos antes, durante o después del período de tratamiento; Categoría 1, cuando había contacto sólo antes del tratamiento; Categoría 2, cuando había contacto durante el tratamiento y Categoría 3 cuando hubo un contacto con el personal de investigación o clínico antes, durante y después del período de tratamiento. En este estudio se observó que los tamaños del efecto entre grupos variaban dependiendo del grado de apoyo. Los tamaños del efecto medio para las respectivas categorías fueron $d = 0,21, 0,44, 0,58$ y $0,76$. Se obtuvo una correlación de Spearman de $\rho = 0,64$ ($p < 0,01$) entre el grado de apoyo y el tamaño del efecto, lo que indicó que más apoyo produce efectos más grandes. Un importante resultado es que se obtienen mayores tamaños del efecto cuando hay contacto antes y durante el tratamiento que cuando sólo hay contacto durante el tratamiento. Por tanto, un contacto pre-tratamiento (por teléfono o cara a cara antes) puede mejorar los tratamientos que cuentan sólo con apoyo durante la realización del programa. Este contacto en el pre-tratamiento se realiza a menudo en forma de una entrevista de diagnóstico estructurada (Perini et al., 2009; Vernmark et al., 2010). Sin embargo, no existe un ensayo en el que esta condición se manipule directamente, por lo que los estudios futuros podrían utilizar herramientas de meta-análisis para explorar de que forma el contacto pre-tratamiento, incluyendo los procedimientos de diagnóstico estructurados, modera el resultado del tratamiento, tanto en los tratamientos con apoyo a lo largo de la realización del programa auto-aplicado, como en los que no se proporciona ningún tipo de apoyo.

En relación al grado de apoyo, los estudios con apoyo por parte del terapeuta se pueden dividir en dos categorías: intervenciones guiadas de alta intensidad (más de 3 horas de contacto o apoyo por parte del terapeuta) e intervenciones guiadas de baja intensidad (menos

de 3 horas de contacto o apoyo) (Bennett-Levy, Richards y Farrad, 2010; Titov, 2011). La evidencia disponible muestra que los resultados son similares en las intervenciones de alta y de baja intensidad (Titov, 2011). Además estudios recientes indican que el aumento del tiempo de contacto por parte del terapeuta más allá de un determinado umbral no hace que las ganancias obtenidas por el tratamiento sean aún mayores (Ruwaard et al., 2009; Venmark et al., 2010). Esto sugiere que no hay una relación lineal entre la cantidad de contacto con el terapeuta y los resultados del tratamiento (Titov, 2011). En esta línea, un estudio reciente (Wootton, Dear, Johnston, Terides y Titov, 2013), aunque referido a un programa auto-aplicado para el TOC, ha estudiado la eficacia diferencial de dicho programa con contacto por parte del terapeuta dos veces a la semana o con contacto una sola vez. Los resultados mostraron que los participantes que sólo recibieron apoyo una vez a la semana obtuvieron beneficios significativos del pre al post-tratamiento, comparables a los que recibieron apoyo dos veces. Es fundamental seguir investigando en este sentido y específicamente en el caso de la depresión.

En relación a la frecuencia del apoyo para aumentar la adherencia, como se ha señalado anteriormente, los datos confirman que las tasas de abandono en los tratamientos auto-aplicados en los que no se proporciona ningún apoyo son más elevadas que en los tratamientos con apoyo. La evidencia confirma que los estudios que proporcionan apoyo a lo largo de la intervención tienen el beneficio de aumentar la adherencia al tratamiento hasta un 30-40% en comparación con los estudios que no ofrecen ningún apoyo (Richards y Richardsson, 2012). Un estudio reciente llevado a cabo por el equipo de Gavin Andrews en Australia (Hilvert-Bruce, Rossouw, Wong, Sunderland y Andrews, 2012) ha investigado qué papel tiene el contacto del clínico y, muy importante, la frecuencia de dicho contacto en la adherencia de los pacientes a los tratamientos auto-aplicados a través de Internet desarrollados por su grupo (referidos en apartados anteriores) para la depresión y los trastornos de ansiedad (N=1.108). Los resultados mostraron una relación positiva entre el contacto por parte del clínico y la adherencia de los pacientes a lo largo del tratamiento auto-aplicado. Los pacientes que fueron contactados por el clínico al menos una vez, mostraron un aumento de la adhesión en comparación con los pacientes que refirieron no haber tenido ningún contacto con el clínico durante el curso del tratamiento. En promedio, los pacientes que fueron contactados recibieron dos contactos a lo largo de la duración del programa. Esto sugiere que el contacto clínico no necesita ser extenso ni frecuente para tener un impacto medible en los niveles de adherencia (Hilvert-Bruce et al., 2012). Por otra parte, no todos los

pacientes requieren de mucho apoyo, por tanto, la elaboración de sistemas que pudieran identificar cuando se necesita apoyo humano para evitar el fracaso del tratamiento ayudaría a la difusión de los tratamientos auto-aplicados.

Tipo de apoyo.- Otra cuestión importante es la naturaleza de los contactos de apoyo. Es decir, analizar por ejemplo si los contactos que se centran en la motivación para completar el tratamiento son más efectivos que otros contactos con otro contenido. Esto no ha sido estudiado de manera explícita en la depresión, pero sí en un tratamiento auto-aplicado a través de Internet para la FS (Titov, Andrews, Schwencke et al., 2009; 2010) que se aplicó con o sin estrategias motivacionales. Es importante que futuras investigaciones se centren en analizar como influye el apoyo dependiendo de su contenido.

A pesar de que muchos estudios nuevos sobre tratamientos auto-aplicados a través de Internet para la depresión, incluyendo meta-análisis, demuestran la importancia del apoyo a lo largo de la realización del programa (Johansson y Andersson, 2012), se sabe poco sobre el papel de los factores de la persona que lo proporciona en estos tratamientos. Existen dos estudios que han investigado específicamente el efecto del terapeuta en los tratamientos auto-aplicados a través de Internet para la depresión y los trastornos de ansiedad (Almlöv, Carlbring, Berger, Cuijpers y Andersson, 2009; Almlöv et al., 2011). Los resultados de ambos estudios indicaron efectos del terapeuta inexistentes o pequeños en dichos tratamientos auto-aplicados. Otra forma de estudiar los efectos del terapeuta en los tratamientos auto-aplicados es la búsqueda de comportamientos del terapeuta específicos en conversaciones de texto. Un estudio reciente ha llevado a cabo este análisis en un tratamiento auto-aplicado a través de Internet para el TAG (Paxling et al., 2013). Los resultados mostraron que el comportamiento de dar flexibilidad en la fecha límite de realización del tratamiento, correlacionó negativamente con el cambio de las puntuaciones en la medida de resultado principal. Además, los comportamientos como el refuerzo de tareas, la incitación para hacerlas y la utilización de expresiones empáticas, correlacionaron con la finalización del módulo. Estudios futuros sobre microprocesos terapéuticos pueden revelar comportamientos eficaces e ineficaces por parte del terapeuta.

Otro aspecto relevante relacionado con el tipo de apoyo humano en los tratamientos auto-aplicados a través de Internet es quién es la persona que lo proporciona. En el caso de la depresión se ha estudiado la comparación entre si dicha persona es un terapeuta que da apoyo clínico o si es un personal administrativo (ej: gerente de la clínica) que da apoyo técnico

(no realiza ninguna actividad de carácter clínico) (Titov, Andrews, Davies et al., 2010). La evidencia confirma que, tanto las personas que reciben apoyo técnico por parte de un administrativo como las que reciben apoyo clínico mejoran significativamente sin diferencias en los resultados del tratamiento. Los datos del meta-análisis de Richards y Richardson (2012), referidos anteriormente, constatan que en los estudios que sí hay apoyo de tipo administrativo (no proporcionado por un profesional de la salud mental y sin tener ningún objetivo terapéutico) son igualmente eficaces que los estudios en los que el apoyo es proporcionado por un terapeuta. Además las tasas de abandono son similares en ambos casos (Richards y Richardson, 2012; Titov et al., 2010). Asimismo, Titov concluye en su reciente revisión que el apoyo en los programas auto-aplicados a través de Internet puede ser proporcionado por personas sin formación especializada (enfermeras, administradores, etc.) obteniendo buenos resultados (Titov, 2011).

En resumen, se sabe poco sobre el papel de los factores del terapeuta en los tratamientos auto-aplicados y sobre cómo influye el apoyo proporcionado según la naturaleza del mismo (guiar, motivar, etc.), por lo que es importante que la investigación futura se centre en estos aspectos. Se sabe, como ya se ha expuesto, que ponerse en contacto antes del tratamiento puede moderar los resultados del mismo, tanto en los tratamientos auto-aplicados con apoyo como en los que no se proporciona ningún apoyo (Johansson y Andersson, 2012). Sin embargo, ensayos controlados futuros y las revisiones meta-analíticas deben investigar el efecto específico de este contacto en el pre-tratamiento. Como estos tratamientos auto-aplicados están empezando a llegar a los profesionales de la salud, por ejemplo, en atención primaria (López-del-Hoyo et al., 2013), donde el tiempo puede ser muy limitado, se necesita un conocimiento más detallado del papel de los contactos, la frecuencia necesaria de los mismos y quién y de qué forma debería proporcionarlos. Por ejemplo, un programa auto-aplicado con una evaluación minuciosa y un plazo claro de finalización puede ser más fácil de aplicar en atención primaria que un tratamiento que requiere el apoyo continuo por parte de un terapeuta y los resultados podrían ser similares.

A modo de conclusión, la necesidad de intervenciones costo-efectivas para las personas que sufren trastornos depresivos mayores o para prevenir dichos trastornos es esencial. Por tanto, las investigaciones futuras tienen que estudiar la manera de hacer que los tratamientos auto-aplicados, sin apoyo continuo por parte de un terapeuta o personal administrativo, sean más eficaces. Una manera de mejorar estos tratamientos podría ser el hecho de integrarlos en

el día a día, ayudándonos de la tecnología moderna, como los teléfonos móviles inteligentes. Como señalan Johansson y Andersson (2012) gracias a las notables posibilidades que en este sentido ofrecen las TIC's no es descabellado pensar que los tratamientos auto-aplicados sin ningún tipo de apoyo humano (pero sí de TIC's) puedan ser en un futuro tan eficaces como los tratamientos auto-aplicados con apoyo humano.

3.4. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UTILIZAR COMO SOPORTE INTERNET EN LA APLICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Los puntos que a continuación se detallan recogen las principales ventajas que diversos autores han señalado en relación al uso de Internet en la aplicación de los tratamientos psicológicos (Boberg, 1995; Bordnick et al., 2008; Botella et al., 2009; Elliot, Carey y Bolles, 2008; Grunwald y Busse, 2003; Kraus, Zach y Stricker, 2004; Marks et al., 1998; Marks, Cavannagh y Gega, 2007b; Proudfoot, 2008; Rochlen, Zack, y Speyer, 2004; Shoham y Insel, 2011; Suler, 2004; Vallejo, Jordán, Mañanés, Andrés, Comeche y Díaz, 2007).

- ✓ *Son modulares*: Los programas de tratamiento auto-aplicados a través de Internet son modulares, por lo que facilitan mucho los trabajos de desmantelamiento. Por tanto, pueden aportar información relevante al poder aislar los efectos de cada componente del tratamiento viendo la eficacia de cada uno y su contribución.
- ✓ *Realización de los seguimientos psicológicos*: Facilitan la realización de los seguimientos psicológicos incluso más que los seguimientos telefónicos. Optimizan el tiempo de los profesionales para realizar esta tarea y permiten que los pacientes respondan como lo consideren pertinente.
- ✓ *Reducción del contacto terapéutico*: La reducción del tiempo dedicado a aplicar un tratamiento (siempre que se logren mantener los resultados clínicos) es una de las principales ventajas que puede aportar el uso de los tratamientos auto-aplicados. Por lo que respecta al paciente, este objetivo es relevante porque puede convertirse en un ahorro de tiempo y de dinero. En los servicios públicos de salud, esta reducción del tiempo de contacto entre paciente y clínico puede ayudar a aligerar notablemente las largas listas de espera, llegando así la ayuda a todas las personas que la necesitan.
- ✓ *Alejarse lo menos posible del entorno cotidiano*: El tiempo ahorrado referido anteriormente va ligado a que los tratamientos auto-aplicados a través de Internet

suponen una terapia que aleja lo menos posible al paciente de su entorno cotidiano. Así, se convierte en una terapia más fácil de seguir favoreciendo el cumplimiento de la misma.

- ✓ *La comodidad:* El paciente puede realizar el programa de tratamiento cómodamente desde su casa. Si el tratamiento no fuera auto-aplicado tendría que desplazarse al lugar donde recibiría la terapia cara a cara. Muchas personas pueden tener dificultades para realizar dicho desplazamiento, ya sea por dificultades geográficas, económicas o personales (enfermedad suya o de un familiar).
- ✓ *Promueven mayor autonomía en el paciente:* Si los programas de tratamiento cuentan con foros o conversaciones diacrónicas hay una *mayor autonomía e independencia del lugar y tiempo* de los participantes en una comunicación.
- ✓ *Llegan a pacientes que no recibirían tratamiento de otro modo, por las características clínicas de algunos trastornos:* Suponen un medio a través del cual buscar ayuda para quienes encuentran dificultades para hacerlo siguiendo los cauces tradicionales, debido a las consecuencias de un trastorno psicológico. Toda una gama de problemas relacionados con la ansiedad (agorafobia, trastorno de pánico, fobia social, etc.) puede dificultar la búsqueda de ayuda por parte de quienes los padecen, condenándoles en ocasiones al aislamiento físico o social.
- ✓ *Llegan a pacientes que tienen dificultades para acceder al tratamiento por problemas para encontrar profesionales capacitados en el entorno habitual:* Muchos pacientes que viven en zonas rurales o alejadas del centro urbano tienen más difícil el hecho de poder recibir tratamiento psicológico.

Estas dos últimas ventajas ponen de manifiesto que los tratamientos auto-aplicados a través de Internet, facilitan el acceso a personas que no recibirían tratamiento de otro modo, bien sea por limitaciones económicas, geográficas, físicas o psicológicas (depresión mayor, esquizofrenias graves, fobias, consumo de sustancias psicoactivas, disfunciones sexuales, entre otras) por lo que son alternativas muy prometedoras para diseminar los TBE.

- ✓ *El efecto de desinhibición online:* Estos tratamientos auto-aplicados a través de Internet pueden favorecer la disminución del prejuicio para ponerse en manos de un profesional. La estigmatización que todavía hoy supone para muchas personas visitar por primera vez a un psicólogo o psiquiatra puede ser superada gracias a la ausencia de contacto en persona que posibilitan este tipo de tratamientos. Mantienen pues el

anonimato del paciente y evitan la estigmatización a la que temen algunas personas cuando asisten a consulta psicológica. Incluso algunos autores sostienen que estos programas auto-aplicados permiten mayor apertura y honestidad por parte de los pacientes.

- ✓ *Múltiples posibilidades que ofrecen los contenidos multimedia:* En los programas auto-aplicados a través de Internet se pueden utilizar imágenes, viñetas, vídeos, animación, audios, gráficos, voz *en off*, etc. Estos elementos multimedia ayudan a la persona a comprender y afianzar todo lo que el programa de tratamiento pretende enseñar ya que enriquecen los contenidos de cada módulo. Además utilizando las características de Internet se pueden construir nuevas herramientas de intervención.
- ✓ *Facilitan la exposición:* Permiten la exposición a diversos contextos reales alcanzados a través de las posibilidades que ofrecen los entornos contenidos en los programas aplicados a través de Internet.
- ✓ *Pueden conducir a una reflexión del paciente al tener que comunicarse por escrito:* Esta reflexión puede suceder en cualquier tarea del programa de intervención que requiere que la persona escriba. Del mismo modo si el tratamiento requiere que el paciente escriba correos electrónicos al terapeuta supervisor de un tratamiento psicológico auto-aplicado.
- ✓ *Permiten el acceso a grandes muestras:* Esto aumenta nuestro conocimiento y mejora las posibilidades para la investigación científica.

Se pone de manifiesto que son muchas las ventajas que ofrecen los tratamientos auto-aplicados a través de Internet. Sin embargo, estos tratamientos también pueden presentar una serie de desventajas (Anderson, 2009; Coyle, Doherty, Matthews y Sharry, 2007; Elliot et al., 2008; Melville, Casey y Kavanagh, 2010; Proudfoot, 2008; Suler 2001; Vallejo et al., 2007) que se mencionan a continuación:

- *Que personas que no precisan una intervención la reciban.* Es decir, hacer que la intervención sea asequible para personas que no la necesitan. Es fundamental llevar a cabo una buena evaluación para ver si la persona necesita el tratamiento y si se puede beneficiar del mismo. Está presente pues el riesgo de que sean implementadas no sólo en los casos necesarios sino en todos los pacientes.
- *Que las personas que acceden al tratamiento auto-aplicado no cumplan las condiciones necesarias para poder sacar su máximo beneficio.* Una decisión muy

importante es la de si una persona es adecuada o no para seguir una terapia asistida por ordenador. Es importante hacernos algunas preguntas: ¿Cuál es el nivel de lecto-escritura del paciente? ¿Qué experiencia tiene en el uso de ordenadores y en la comunicación *online*? ¿Cuál es la actitud del paciente ante la posibilidad de ser tratado *online* o con la ayuda de un ordenador? Además, el acceso a Internet no es uniforme si lo analizamos en relación con la edad, el nivel de educación, de ingresos o etnia de origen. Por lo tanto, un trabajo muy relevante es identificar a los pacientes que realmente puedan beneficiarse de su uso, en función de sus características.

- *La imposibilidad de percibir claves comunicativas no verbales.* En los tratamientos auto-aplicados el terapeuta no tiene la información no verbal y paralingüística que puede ser relevante en los momentos de evaluación o a lo largo del proceso de realización del tratamiento. Por tanto, se pueden perder aspectos importantes de la comunicación no verbal que son pertinentes como fuente de información en algunos casos. La ausencia de la comunicación no verbal y diacrónica no permite evaluar con claridad la calidad de la relación terapéutica ni qué tan comprometido está un paciente en un proceso. Por la desinhibición que Internet permite, no se sabe qué efectos hay sobre la relación terapéutica. Esto lleva a las siguientes reflexiones en algunos casos particulares: *¿En el caso de una persona con fobia social pesaría más la desventaja para el terapeuta de la ausencia de claves comunicativas no verbales o la ventaja de que la persona pueda acercarse al tratamiento?*
- *Dificultades en las condiciones de seguridad para el manejo de la información.* No están claras las condiciones de seguridad para el manejo de la información sin que se viole el privilegio de confidencialidad que rige la relación entre un paciente y su terapeuta.
- *Ausencia del grado de información y guías óptimas* para los pacientes y los psicólogos sobre los tratamientos auto-aplicados.
- *Tasas de abandonos elevadas.* En los tratamientos auto-aplicados a través de Internet las tasas de abandonos son más altas que en los tradicionales “cara a cara”. Sin embargo, como ya se ha señalado anteriormente, si se tiene en cuenta el hecho de proporcionar apoyo en la realización del programa de tratamiento estas tasas de abandono se reducen llegando a ser comparables a las que se producen en los tratamientos administrados de manera tradicional.

Llegado a este punto, y analizado con detalle la relevancia del problema de la depresión, teniendo en consideración la alta prevalencia de la misma y el aumento exponencial del número de personas que pueden ver alterada notablemente su calidad de vida, su bienestar y su funcionamiento personal, es evidente la necesidad de prevenir y detener su desarrollo, contribuyendo así a paliar el sufrimiento humano y sus consecuencias. Por tanto, resulta fundamental seguir diseñando programas de prevención y de tratamiento eficaces. Teniendo todo esto en consideración se ha desarrollado un protocolo de intervención para prevenir y tratar la depresión (leve o moderada) centrado en como ayudar a las personas a ser más resilientes y más capaces de afrontar los problemas y situaciones difíciles que les rodean por el mero hecho de estar vivos. Siguiendo la perspectiva transdiagnóstica se han combinado los procedimientos existentes más eficaces para el manejo del estrés, con estrategias para fomentar la regulación emocional, la capacidad de afrontamiento y la resiliencia. El protocolo se basa en las técnicas cognitivo-comportamentales clásicas, como la AC. Sin embargo, también incluye otras estrategias psicológicas para mejorar el estado de ánimo positivo. Además, teniendo en cuenta los avances que ya se han demostrado en el uso de Internet para la diseminación de los TBE, hemos considerado necesario combinar todas estas estrategias, adaptando el protocolo de intervención al sistema web, convirtiéndolo de este modo en un programa para la prevención y el tratamiento de la depresión (leve o moderada), interactivo y totalmente auto-aplicado a través de Internet. Además, se pretende determinar el efecto del apoyo semanal proporcionado telefónicamente por un terapeuta en los resultados de dicha intervención.

MARCO EXPERIMENTAL

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general:

El objetivo general del presente proyecto de tesis es analizar la eficacia y la eficiencia de un protocolo de intervención psicológico para la prevención y el tratamiento de la depresión leve o moderada, auto-aplicado a través de Internet en dos modalidades (con apoyo semanal por parte de un terapeuta *versus* sin apoyo por parte del mismo) frente a un grupo control lista de espera.

Objetivos específicos:

- a) Analizar la eficacia del protocolo de tratamiento auto-aplicado a través de Internet en la mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas del pre al post-tratamiento comparándolo con un grupo control lista de espera.
- b) Analizar la eficacia del protocolo de tratamiento auto-aplicado a través de Internet en la reducción de la interferencia provocada por los diferentes acontecimientos estresantes que sufrían los participantes en comparación con un grupo control de lista de espera.
- c) Analizar la eficacia diferencial de dicho tratamiento auto-aplicado a través de Internet, con apoyo por parte del terapeuta y sin apoyo por parte del terapeuta.
- d) Estudiar si se producen diferencias respecto a la tasa de abandonos en función del formato en el que se haya aplicado el protocolo de tratamiento, ya sea con apoyo o sin apoyo por parte del terapeuta.
- e) Analizar si los cambios conseguidos al aplicar el protocolo de tratamiento (en ambas condiciones) se mantienen en los seguimientos.
- f) Analizar de forma específica si el protocolo de tratamiento auto-aplicado a través de Internet da lugar a cambios en el afecto positivo y el afecto negativo, a lo largo de la realización del programa de intervención.
- g) Analizar la relación entre el porcentaje del día en que una persona está activa y la satisfacción con las actividades que se realizan con el grado de bienestar y mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas.
- h) Analizar el grado de satisfacción, aceptación y usabilidad valorada por los participantes acerca del programa de tratamiento auto-aplicado a través de Internet.
- i) Analizar la utilidad del programa como estrategia de prevención secundaria (dirigida a personas sin síntomas del trastorno pero con la presencia de factores de riesgo o con sintomatología subclínica) y terciaria (dirigida a reducir la discapacidad derivada de un trastorno ya existente).

Hipótesis.

Teniendo en cuenta los objetivos anteriormente planteados, las hipótesis sometidas a prueba fueron las siguientes:

- a) Las dos condiciones utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento auto-aplicado a través de Internet serán más eficaces que el grupo control lista de espera dando lugar a mejorías estadísticamente significativas, antes frente a después de la aplicación del tratamiento en las medidas clínicas utilizadas.
- b) La interferencia provocada por acontecimientos estresantes vividos por los participantes después de recibir el tratamiento será menor en aquellos participantes que hayan realizado la intervención que en el grupo control lista de espera.
- c) No se observarán diferencias estadísticamente significativas en la eficacia obtenida en la aplicación del protocolo de tratamiento entre la condición con apoyo y la condición sin apoyo por parte del terapeuta.
- d) El grupo de tratamiento con apoyo por parte del terapeuta presentará una tasa menor de abandonos que el grupo sin apoyo del terapeuta.
- e) Las mejorías obtenidas en las dos condiciones utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento se mantendrán en los seguimientos realizados a los 3 meses y a los 6 meses.
- f) De forma específica, se observarán cambios en ambas condiciones de tratamiento en el afecto positivo (incremento) y en el afecto negativo (disminución) a lo largo del proceso de intervención.
- g) El porcentaje del día en que una persona está activa y la satisfacción con las actividades que realiza tendrá una relación positiva con el grado de bienestar y mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas.
- h) El programa de tratamiento auto-aplicado a través de Internet (en ambas condiciones experimentales en las que se aplica) será bien valorado y aceptado por los participantes.

- i) El programa resultará útil como una estrategia de prevención secundaria y terciaria. Esto es, protegerá a los participantes en situación de riesgo (estaban viviendo un estresor que les generaba interferencia en sus vidas) pero que no cumplían criterios diagnósticos de ningún TE en el pre-tratamiento (prevención secundaria). Además, teniendo en cuenta a los participantes que sí cumplían criterios diagnósticos de un TE en el pre-tratamiento, disminuirá el porcentaje de trastornos diagnosticados, y se atenuarán las incapacidades derivadas del mismo incluso llegando a desaparecer (prevención terciaria).

5. MÉTODO

5.1. RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Los participantes que conformaron la muestra se seleccionaron de entre las personas que voluntariamente mostraron interés en participar y se pusieron en contacto con el Servicio de Asistencia Psicológica (SAP) de la Universidad Jaume I de Castellón. La mayoría lo hicieron en respuesta a los llamamientos que se realizaron a través de Internet y diferentes medios de comunicación, tanto internos como externos a la universidad (prensa, correo electrónico interno de la Universitat Jaume I y carteles) informando sobre la puesta en marcha de un estudio para el tratamiento y la prevención de la depresión mediante un programa auto-aplicado a través de Internet (Ver Anexo I).

Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión pasaron a formar parte del estudio.

Criterios de inclusión:

Para ser incluido en el estudio se consideraron los siguientes criterios:

- 18-65 años de edad.
- Ser capaz de entender y leer español.
- Tener acceso a Internet en casa y tener una dirección de correo electrónico.
- Manejo de ordenador a nivel usuario.
- Cumplir criterios de depresión mínima, leve, o moderada (no puntuar más de 28 en el BDI-II).
- Estar padeciendo, al menos, un acontecimiento estresante en sus vidas que les producía interferencia.

Criterios de exclusión:

- Estar recibiendo un tratamiento psicológico.
- Haber recibido otro tratamiento psicológico durante el último año.

- Padecer un trastorno mental grave en el eje I: abuso o dependencia de alcohol o de otras sustancias, trastorno psicótico o demencia.
- Presencia de ideación o plan de suicidio significativo (evaluado mediante la MINI y el ítem 9 del BDI-II).
- Recibir tratamiento farmacológico con antidepresivos no era un criterio de exclusión. Únicamente se indicó a los participantes que durante el tratamiento no podían modificar o incrementara la dosis.

En cuanto a la duración del periodo de selección y reclutamiento de la muestra, se inició en el mes de marzo de 2012 y finalizó en el mes de marzo de 2013.

Respecto al tamaño muestral, se tuvo en cuenta el número de participantes mínimo que debía contener cada una de las condiciones experimentales para que, con un tamaño del efecto adecuado, se pudiesen detectar cambios en las puntuaciones entre los diferentes momentos y diferencias entre ellas si fuese el caso. Para ello, se utilizaron como referencia los tamaños del efecto alcanzados en el trabajo de Berger et al. (2011) que, como se mencionó en la revisión de la literatura en un apartado anterior, compara la eficacia diferencial entre un programa de tratamiento auto-aplicado para la depresión sin apoyo por parte del terapeuta, con el mismo programa con apoyo semanal por parte del mismo. En dicho estudio también se incluyó un grupo control lista de espera. Los valores que se tomaron como referencia fueron los siguientes: d de Cohen = 0,66 para la condición sin apoyo por parte del terapeuta y d de Cohen = 1,14 para la condición con apoyo por parte del terapeuta. Para obtener una potencia deseada del 80%, con error tipo I del 5% y con tamaños del efecto similares, se estableció que cada condición debía tener, al menos, 25 participantes. Finalmente, teniendo en cuenta la previsión de posibles abandonos que podían producirse antes o durante el tratamiento y seguimientos, se decidió aumentar esta cifra hasta un mínimo de 30 participantes en cada una de las condiciones.

5.2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El total de la muestra definitiva del estudio (N=124) estuvo compuesta, en su mayoría, por mujeres (67,7 %). Respecto al estado civil el 50,8% de los participantes estaban solteros, el 41,1% casados o en pareja y el 8,1% separados o divorciados. En cuanto al nivel de estudios la

mayoría contaban con estudios superiores (71,8%), el 22,6% contaban con estudios medios y el resto tenían estudios básicos (5,6%). El rango de edad se situó entre los 20 y los 59 años con una media total de 35,60 y una desviación típica de 9,70. La Tabla 16 presenta con mayor detalle estas características de la muestra.

Tabla 16- Descriptivos de las variables demográficas de la muestra en el pre-tratamiento.

Variab les	Total
Sexo	
Varones	40 (32,3 %)
Mujeres	84 (67,7 %)
Estado civil	
Solteros	63 (50,8 %)
Casados/pareja	51 (41,1 %)
Divorciados/ separados	10 (8,1 %)
Nivel de estudios	
Básicos	7 (5,6 %)
Medios	28 (22.6 %)
Superiores	89 (71,8 %)
Edad	
Rango	20-59
M	35,60
DT	9,70

Nota. M= media; DT= Desviación típica.

Acontecimiento estresante.- Es importante destacar que todos los participantes estaban viviendo algún acontecimiento negativo/estresante (desempleo, otros familiares en desempleo, deudas, conflictos familiares, etc.) que les generaba interferencia en sus vidas. En la Tabla 17 se presenta el porcentaje de cada uno de los estresores que estaba presente en las vidas de los participantes al inicio del estudio y la interferencia media (de 1 a 10, siendo 1 que no les generaba interferencia y 10 muchísima) provocada por cada uno de ellos.

Tabla 17- Número y porcentaje de cada uno de los estresores que estaba presente en las vidas de los participantes al inicio del estudio y la interferencia media.

Acontecimiento estresante	N (%)	Interferencia media
Desempleo	103 (83,06)	6,91
Otros familiares en desempleo	79 (63,71)	4,45
Deudas	59 (47,58)	3,37
Problemas legales	23 (18,55)	1,87
Enfermedad (de un familiar o propia)	78 (62,90)	4,27
Divorcio/separación	15 (12,10)	1,51
Conflictos (laborales/familiares)	80 (64,52)	4,30
Otros	38 (30,65)	3,39

Nota. N (%) = Número y porcentaje de cada uno de los estresores en el pre-tratamiento.

Diagnóstico.- Respecto al diagnóstico, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2002), 33 de los participantes (26,61 %) cumplían criterios de uno o varios trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. En la Tabla 18 se presenta el número y porcentaje de cada uno de los diagnósticos que estaba presente en la muestra al inicio del estudio.

Tabla 18- Número y porcentaje de cada uno de los diagnósticos presentes al inicio del estudio.

Diagnóstico	N pre-tratamiento (%)
TDM	8 (6,45)
TAG	7 (5,64)
Agorafobia sin TP	4 (3,23)
FS	1 (0,80)
DISTIMIA	3 (2,42)
TOC	1 (0,80)
Casos de comorbilidad	
TDM + TAG	4 (3,23)
TDM + TEPT	1 (0,80)
DISTIMIA + TAG	1 (0,80)
TAG + Ago sin TP	1 (0,80)
TAG+Ago sin TP +FS+TOC	1 (0,80)
TDM + TAG + FS + Ago. sin TP+ TOC	1 (0,80)

Nota. N pre tratamiento (%)= Número y porcentaje de cada uno de los diagnósticos en el pre-tratamiento; TDM= Trastorno depresivo mayor; TAG= Trastorno de ansiedad generalizada; Agorafobia sin TP= Agorafobia sin trastorno de pánico; FS= Fobia social; TEPT= Trastorno por estrés post traumático; TOC= Trastorno obsesivo compulsivo.

Como se muestra en la tabla anterior, 9 casos presentaban comorbilidad diagnóstica, cumpliendo 6 de ellos los criterios de TDM y 1 de distimia. Además, de todos los participantes, 17 (13, 71 %) presentaban riesgo de suicidio ligero.

En referencia al nivel de depresión en el BDI-II, la media fue de 9,76 con una desviación típica de 7,34.

Diferencias según el estatus diagnóstico. – A continuación se presentan las características clínicas de los participantes en función de si únicamente estaban viviendo algún acontecimiento estresante que les generaba interferencia en sus vidas (grupo Estresor) o además de estar viviendo una situación difícil, cumplían criterios diagnósticos de algún TE (grupo Estresor + Diag.). Como se puede observar en la Tabla 19, las medias de ansiedad, depresión, afecto negativo, estrés percibido y bloqueo del afrontamiento eran superiores en los participantes que cumplían criterios diagnósticos de un TE. Cabe destacar, el caso del BDI-II, siendo la media de 15,42 en dichos participantes. Además, en los participantes con diagnóstico clínico, eran menores las medias relativas al afecto positivo, la percepción de la calidad de vida, la búsqueda de refuerzos en el entorno, la orientación al disfrute, el afrontamiento cognitivo y el afrontamiento social.

Tabla 19- Estadísticos descriptivos de todas las variables clínicas analizadas en el pre-tratamiento.

VD	Estatus clínico	M	DT
OASIS	Estresor	3,34	3,32
	Estresor + Diag.	6,42	3,46
	Total	4,26	3,63
ODSIS	Estresor	1,95	2,80
	Estresor + Diag.	5,29	3,43
	Total	2,95	3,36
BDI-II	Estresor	7,84	6,20
	Estresor + Diag.	15,42	6,97
	Total	10,11	7,29
PANAS +	Estresor	30,79	6,77
	Estresor + Diag.	23,08	7,32
	Total	28,48	7,76
PANAS -	Estresor	17,27	5,88
	Estresor + Diag.	22,63	5,95
	Total	18,88	6,37
PSS	Estresor	5,11	2,75
	Estresor + Diag.	8,33	2,33
	Total	6,08	3,01
QLI	Estresor	7,21	1,25
	Estresor + Diag.	5,93	1,30
	Total	6,83	1,39
EROS	Estresor	29,71	5,06
	Estresor + Diag.	23,83	5,40
	Total	27,95	5,81
EOS	Estresor	32,36	7,58
	Estresor + Diag.	26,00	8,51
	Total	30,45	8,35
Afront. Cogni.	Estresor	29,32	4,66
	Estresor + Diag.	27,38	5,15
	Total	28,74	4,87
Afront. Social	Estresor	13,13	3,97
	Estresor + Diag.	14,17	4,20
	Total	13,44	4,04
Bloqueo Afront.	Estresor	17,02	2,91
	Estresor + Diag.	18,33	3,13
	Total	17,41	3,02

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; Estresor= Grupo de participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante en el pre-tratamiento (n=91) ; Estresor + diag.= Grupo de participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante en el pre-tratamiento y cumplían criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n=33); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute; Afront. Cogni.= Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida BriefCOPE; Afront. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida BriefCOPE; Bloqueo Afront.= Factor Bloqueo de Afrontamiento de la medida BriefCOPE.

5.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA Y EVALUACIÓN

En el protocolo de evaluación se incluyeron tanto entrevistas, como medidas de autoinforme de clínica general. Además se incluyeron medidas de expectativas, satisfacción, opinión, aceptación y usabilidad para evaluar la utilidad clínica del programa de tratamiento.

En el Anexo II se incluye una tabla resumen con el protocolo de evaluación y en los Anexos sucesivos (del III al VI) se muestran los instrumentos de evaluación utilizados, tanto en la evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y en los seguimientos (3 y 6 meses) como en la evaluación post-módulo.

Las características de dichos instrumentos se describen a continuación:

5.3.1. Entrevista

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, versión 5.0.0 (*Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI; Lecrubier, et al. 1997*). Esta es una breve entrevista estructurada de diagnóstico psiquiátrico que evalúa, a través de módulos, los diagnósticos clave de DSM-IV y CIE-10: EDM, distimia, episodio hipomaniaco, episodio maniaco, TP, agorafobia, FS, TOC, TEPT, dependencia y abuso de alcohol, dependencia y abuso de sustancias, anorexia y bulimia. Además incluye un módulo que evalúa síntomas psicóticos y otro que evalúa riesgo de suicidio. La MINI se puede administrar en un período corto de tiempo (20-30 minutos) y los entrevistadores clínicos necesitan sólo un breve entrenamiento.

Estudios que comparan los diagnósticos de médicos generales obtenidos con la MINI con diagnósticos obtenidos por los psiquiatras que utilizan entrevistas no estructuradas han obtenido un coeficiente kappa de entre 0,41 y 0,68; sensibilidad entre 0,41 y 0,86, y especificidad entre 0,84 y 0,97 (Sheehan et al., 1997; Amorim, 2000). Ha sido traducida y validada en español (Bobes et al., 1997, Bobes, 1998).

5.3.2. Variables socio demográficas y biográficas

Entrevista Biográfica (Labpsitec, 1995). Permite obtener información acerca de una serie de variables socio-demográficas: sexo, fecha de nacimiento, edad, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Además, recoge las áreas más importantes de la vida de la persona y se le pide que haga una valoración sobre cada una de ellas. Para este trabajo se desarrolló una versión breve que incluía: 1) Relación con la familia actual, 2) Relación con la familia de origen, 3) Calificación de las relaciones sociales, 4) Valoración de su red de apoyo social. Las anteriores se valoran utilizando una escala tipo "Likert" de 0 "muy mala" a 10 "muy satisfactoria" 5) Presencia de cargas familiares y su importancia. En esta pregunta contestaban "sí o no" y valoraban la importancia de 0 "muy baja" a 10 "muy alta", por último 6) Presencia de algún problema vital (acontecimiento estresante): Desempleo, deudas, separación, enfermedad, etc. Tenían que indicar el/los problemas que tenían valorando además la gravedad/ interferencia de cada uno en una escala de respuesta tipo "Likert" de 1 "muy baja" a 10 "muy alta".

5.3.3. Medidas de autoinforme de clínica general

Todos los instrumentos que se describen a continuación se integraron dentro del programa auto-aplicado a través de Internet.

Inventario de Depresión de Beck-Segunda edición (*Beck Depression Inventory-Second Edition*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996. Validada en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003). Este instrumento constituye la medida de resultado principal del presente estudio. Es uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación del estado de ánimo deprimido. Está constituido por 21 grupos de afirmaciones que evalúan síntomas y cogniciones relacionadas con la depresión. Cada grupo presenta 4 alternativas de respuesta ordenadas en función de su intensidad creciente que se puntúa en una escala de 0 a 3. El participante debe responder de acuerdo con la afirmación que mejor describa el modo en el que se ha sentido durante las últimas dos semanas. Se suma para obtener la puntuación total, que puede ser de un máximo de 63 puntos. De acuerdo con el manual del BDI-II, las puntuaciones de 0-13 denotan depresión mínima, las puntuaciones de 14 a 19 denotan depresión leve, las

puntuaciones de 20 a 28 denotan depresión moderada y más de 28 denota una depresión severa (Segal et al., 2008). Se sabe que el BDI-II es sensible a los cambios en la depresión: una diferencia de 5 puntos corresponde a una diferencia clínica mínimamente importante, de 10 a 19 señala una diferencia moderada y de 20 puntos o más una gran diferencia (Hiroe et al., 2005).

El instrumento presenta una adecuada consistencia interna (*alfa de Cronbach* de 0,76-0,95) y una fiabilidad test-retest de alrededor de 0,8 (Beck et al., 1996). La versión española de este instrumento también ha mostrado una consistencia interna elevada (*alfa de Cronbach* de 0,87) para la población general (Sanz et al., 2003) y para la población clínica (*alfa de Cronbach* de 0,89) (Sanz et al., 2005).

Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, OASIS*; Norman et al., 2006). Es una medida continua de autoinforme conformada por 5 ítems. La persona tiene que marcar la frase que mejor describa sus experiencias durante la última semana y puede elegir entre cinco opciones de respuesta diferentes para cada elemento, que se codifican de 0 a 4 y se suman para obtener una puntuación total que puede ser de un máximo de 20 puntos. Esta escala se puede utilizar para evaluar la gravedad y el deterioro asociado a cualquier trastorno de ansiedad, trastornos múltiples de ansiedad o síntomas subliminales cuando no se cumplen los criterios de ningún trastorno de ansiedad particular. Evalúa la frecuencia de la ansiedad, la intensidad de los síntomas de ansiedad, la evitación conductual y el deterioro funcional asociado con dicha ansiedad. Puntuaciones elevadas indican más gravedad y deterioros asociados a la ansiedad. La media en población normal es de 7,16 (DT=3.05) (Norman et al., 2006). La media en población clínica con trastornos de ansiedad (TAG, TP con o sin agorafobia, FS y TEPT) es de 11,37 (DT= 3,61) (Campbell-Sills et al., 2009). Es una de las escalas de ansiedad más cortas disponibles, lo que aumenta su utilidad para muchos entornos clínicos (por ejemplo, atención primaria) y la investigación. Un análisis psicométrico de la escala OASIS determinó una buena consistencia interna (*alfa de Cronbach*=0,80), fiabilidad test-retest ($k=5,82$) y validez convergente para esta escala (Norman et al., 2006).

Escala general de gravedad e interferencia de la depresión (*Overall Depression Severity and Impairment Scale, ODSIS*; Norman et al., 2006). Al igual que el OASIS, el ODSIS es una medida de autoinforme conformada por 5 ítems. La persona tiene que marcar la frase que mejor describa sus experiencias durante la última semana y puede elegir entre cinco opciones de respuesta diferentes para cada elemento, que se codifican de 0 a 4 y se suman para obtener una puntuación total que puede ser de un máximo de 20 puntos. El instrumento evalúa experiencias relacionadas con la depresión. También se puede utilizar para evaluar la gravedad y el deterioro asociados al bajo estado de ánimo. Evalúa la frecuencia con la que la persona se ha sentido deprimida, la intensidad de los síntomas, la evitación conductual y el deterioro funcional asociado a la depresión. Puntuaciones elevadas indican más gravedad y deterioro asociado al bajo estado de ánimo. Hasta el momento, no se han publicado estudios que analicen las propiedades psicométricas de esta escala. Norman et al. (2006) recomiendan utilizarla e interpretarla de la misma forma que el OASIS.

Ítem de Ideación Suicida (Labpsitec, 2012). Este ítem se diseñó específicamente para el presente trabajo. Pretende obtener información acerca de la presencia de ideación suicida durante la última semana. Es una pregunta, con cuatro alternativas de respuesta que va de 0 “Nada, no he tenido pensamientos de suicidio” a 4 “Todo el tiempo. Casi la mayor parte del tiempo he tenido pensamientos de suicidio”.

Escala Afecto Positivo y Negativo (*Positive and Negative Affect Scale, ESTADO y RASGO*; Watson, Clark y Tellegen, 1988; Validada en población española por Sandín et al., 1999). El cuestionario PANAS tiene dos escalas para valorar la afectividad. El instrumento consiste en 10 adjetivos para la escala de *afectividad positiva* (AP), y 10 adjetivos para medir *afectividad negativa* (AN). En su versión Rasgo, este instrumento evalúa la manera en que se experimentan ambos afectos habitualmente. En su versión Estado, evalúa en qué medida se experimentan ambos afectos en el momento mismo de la aplicación del cuestionario. Los participantes han de valorar cada ítem en una escala de 1 a 5 (1= Nada o muy ligeramente; 5= Mucho) indicando el grado en el que cada adjetivo describe mejor el estado de ánimo en el que se encuentran en el momento de responder al cuestionario. La escala es de rápida

administración y ofrece puntuaciones separadas para las dos subescalas. La media para la subescala de afecto positivo en una muestra normal es 31,31 (DT=7,65) y para la subescala de afecto negativo 16 (DT=5,90) (Krawford y Henry, 2004). La versión española ha demostrado alta consistencia interna (0,89 para AP y 0,91 para AN en mujeres, y 0,87 para AP y 0,89 para AN en hombres) en estudiantes universitarios (Sandín, et al. 1999), lo que coincide con los resultados encontrados en la literatura (Watson et al., 1988).

Escala Multidimensional de Estilos de Afrontamiento (Abreviado) (*Brief COPE*, Carver, 1997). Es un cuestionario de 28 ítems con un rango de puntuaciones que oscilan entre 4 puntos (1 “no lo hago nunca” y 4 “lo hago con mucha frecuencia”). El cuestionario está compuesto por 14 dimensiones: Auto distracción, Afrontamiento activo, Negación, Uso de sustancias, Apoyo emocional, Apoyo social, Desconexión, Desahogo, Reevaluación positiva, Planificación, Humor, Aceptación, Religión, Autoinculpación. Cada una de estas dimensiones consta de dos ítems, y permite evaluar los diversos estilos de afrontamiento. Comprende la versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (COPE) de Carver (1997) y fue adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). El cuestionario ha mostrado una buena consistencia interna con un *alfa de Cronbach* entre 0,60 y 0,90 (Crespo y Cruzado, 1997). Morán, Landero y González (2009) han realizado recientemente un análisis psicométrico de la versión en español del *BriefCOPE*. En este trabajo analizaron la estructura factorial del instrumento. Realizaron un análisis factorial de segundo orden con las subescalas que forman el *BriefCOPE* y encontraron 4 factores donde las subescalas se agrupan en: 1) *Afrontamiento cognitivo*, compuesto por las subescalas de Afrontamiento activo, Planificación, Reinterpretación positiva, Humor y Desconexión (inverso); 2) *Afrontamiento mediante el apoyo social*, compuesto por las subescalas Apoyo y Desahogo; 3) *Bloqueo del afrontamiento* (evitación), compuesto por las subescalas de Negación, Humor, Autodistracción, Autoinculpación y Uso de sustancias y 4) Afrontamiento espiritual, compuesto por la subescala de religión. En la presente tesis tendremos en cuenta el factor de Afrontamiento cognitivo, el de Afrontamiento social y el de Bloqueo del afrontamiento.

Índice de Calidad de Vida (*Multidimensional Quality of Life Questionnaire*, QLI; Mezzich et al., 2000). Este índice incluye 10 ítems, con formato de respuesta de opción múltiple tipo

Likert con una escala que va de 1=malo a 10=excelente. Los ítems representan, según los autores, diez aspectos relevantes para la evaluación del constructo de calidad de vida. Dichos aspectos son: bienestar psicológico, bienestar físico, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo emocional y social, apoyo comunitario y de servicios, autorrealización o plenitud personal, satisfacción espiritual, y una valoración global de la calidad de vida. Cada ítem es valorado por el sujeto según su perspectiva personal en el momento actual. La media para la percepción de la calidad de vida en una muestra normal es 7,63 (DT=1,33) (Robles et al., 2010). Es un instrumento breve y fácil de utilizar. En la validación argentina la homogeneidad del cuestionario demostró ser buena, obteniéndose un coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,79 (Bulacio et al., 2004) y tiene una aplicabilidad, fiabilidad y validez adecuadas. En la versión española, el coeficiente de correlación de confiabilidad test-retest de la puntuación media del QLI fue de 0,89 (Mezzich et al., 2000).

Escala de estrés percibido (*Perceived Stress Scale, PPS*; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Este instrumento está compuesto de 14 ítems con una escala Likert de 5 puntos (de 0 “nunca” a 4 “muy a menudo”). Fue diseñado con el fin de conocer en qué medida las situaciones vitales son percibidas como estresantes (midiendo aspectos como impredecibilidad e incontrolabilidad de dichas situaciones) por las personas durante el último mes (Remor, 2006). La validación española de esta escala presenta una consistencia interna de 0,86 (Campo, Bustos y Romero, 2009). Hay una versión breve de 4 ítems de este instrumento, que es el que se ha utilizado en el presente estudio. Dicha versión corta está compuesta por los ítems 2, 6, 7 y 14 que correlacionan más fuertemente con la escala de 14 ítems. La media en el estrés percibido en población general es de 4,2 (DT= 2,8) en hombres y de 4,7 (DT= 3,1) en mujeres (Cohen y Williansom, 1988). El coeficiente de fiabilidad *alpha* estimado para esta versión de 4 ítems de la escala PSS es de 0,72 y la fiabilidad test-tetest es de 0,55 (Cohen et al., 1983). Estos datos sugieren que la versión breve de la escala PSS es una medida útil para predecir el estrés en situaciones en las que se necesita administrar una escala corta.

Valoración de la mejoría por parte del paciente (Adaptación Guy, 1976). Se trata de una escala de un único ítem: “*En comparación con el inicio del tratamiento me encuentro...*”. Se

contesta en una escala tipo Likert de 7 alternativas (de 1 “mucho mejor” a 7 “mucho peor”). Es una adaptación de una de las subescalas del instrumento: “*Clinical Global Impression*” de Guy (1976). Este instrumento consta de tres subescalas que se utilizan comúnmente para evaluar: 1) la severidad de la enfermedad, 2) la mejoría de los pacientes y 3) la eficacia del tratamiento en los ensayos clínicos. Las calificaciones de la severidad de la enfermedad en la “*Clinical Global Impression*” han informado puntajes de confiabilidad que van desde 0,41 hasta 0,66 (Guy 1976).

Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales (*Environmental Reward Observation Scale, EROS*; Armento y Hopko, 2007; Adaptación española por Barraca y Pérez-Álvarez, 2010). Es un instrumento de 10 ítems (escala tipo Likert de 1 “totalmente en desacuerdo” a 4 puntos “totalmente de acuerdo”). Fue desarrollado para obtener una auto-evaluación objetiva del grado en que el entorno resulta reforzante para el sujeto. Una puntuación alta se relaciona con un incremento de la actividad y del afecto positivo como consecuencia de experiencias reforzantes del medio que le rodea. La media en población no clínica española es de 29,18 (DT= 5,46) y en población clínica es de 22,89 (DT= 5,95). En la muestra general la media es de 26,23 (DT = 6,495) (Barraca y Pérez- Álvarez, 2010). La escala posee una buena consistencia interna (*alfa de Cronbach* =0,85) y una buena fiabilidad test-retest ($r = 0,85$) (Armento y Hopko, 2007). Los resultados obtenidos en la adaptación española revelan que, de forma semejante a lo que sucede con la escala original en inglés, la versión española es fiable ($\alpha = 0,86$) y válida (Barraca y Pérez- Álvarez, 2010).

Escala de Orientación al Disfrute (*Enjoyment Orientation Scale, EOS*; Hervás y Vázquez, 2006). Es una nueva herramienta relacionada con el sistema de activación conductual que se encarga de regular los elementos de disfrute y de gratificación. Evalúa el grado en el que los participantes tratan de ser receptivos y hacer un esfuerzo por hacer cosas agradables (placer anticipatorio). Es decir, el grado con el que una persona busca activamente el disfrute o la gratificación personal. Contiene 6 ítems que representan las diferentes expresiones de este constructo. Estos ítems son valorados en una escala Likert de 1 (“fuertemente en desacuerdo”) a 7 (“muy de acuerdo”) (Hervás, Ortiz, Valiente y Vázquez, 2009).

5.3.4. Medidas de expectativas, satisfacción, opinión, aceptación y usabilidad del programa de tratamiento

Escala de Expectativas sobre el Tratamiento y Escala de Satisfacción sobre el Tratamiento (Adaptación Borkovec y Nau, 1972). Los aspectos que abordan estas dos escalas se refieren a: 1) la lógica del tratamiento; 2) la satisfacción experimentada con el mismo; 3) el grado en que se lo recomendaría a un amigo que tuviera el mismo problema; 4) el grado en que consideran que les ayudará o les ha ayudado en otros problemas; 5) el grado en que se considera que será útil o ha sido útil en el propio caso; 6) el grado en que consideran que la intervención será o ha sido aversiva. Sus objetivos son medir la opinión/expectativa que el paciente se ha formado del tratamiento antes de recibirlo y la opinión/satisfacción sobre dicho tratamiento una vez lo ha realizado.

Escala de Usabilidad del Sistema (System Usability Scale, SUS; Brooke, 1986). Consiste en una escala tipo Likert de 10 ítems que ofrece una visión global de la valoración subjetiva de la usabilidad. Fue desarrollada por Brooke (1986) para evaluar la usabilidad de un servicio o producto. Es una escala que ha demostrado ser una herramienta valiosa y robusta en la evaluación de la calidad de una amplia gama de interfaces de usuario (Brooke, 1986). Esta escala tiene varias características para ser considerada como una buena opción: tecnológicamente neutral que permite evaluar la amplia gama de tecnologías de interfaz, es rápida y fácil de utilizar por los participantes y puede proporcionar una única puntuación (Bangor, Kortum y Miller, 2008). Según las categorías establecidas para las diferentes puntuaciones obtenidas en la escala SUS (Bangor et al., 2008) las puntuaciones de 0 a 25 indican que el producto está en la categoría de “*peor imaginable*”, de 25 a 40 indican que el producto es “*pobre*”, de 40 a 50 indican que el producto está en la categoría de “*OK*”, de 50 a 70 que es “*bueno*”, de 70 a 85 que es “*excelente*” y de 85 a 100 que se encuentra en la categoría de “*lo mejor imaginable*”. Además, según las puntuaciones también se establecen rangos de aceptabilidad: de 0 a 50 “*no aceptable*”, de 50 a 70 “*marginal*” y de 70 a 100 “*aceptable*”. Recientemente en un estudio con 2.324 casos se encontró un coeficiente *alpha* de la SUS de 0,90. Además este estudio aporta evidencia de la validación de la SUS en cuanto a sensibilidad y validez concurrente (correlación significativa de 0,806 entre la SUS y una

pregunta de 7 puntos de la calificación global de la “facilidad de uso”) (Bangor, Kortum y Miler, 2009).

Cuastionario de Usabilidad y Aceptación (CUA; Labpitec, 2013). Se trata de un instrumento que está en proceso de validación por parte de nuestro equipo de investigación. Consta de 10 ítems con una escala de respuesta de 5 puntos (de 1 “totalmente en desacuerdo” a 5 “totalmente de acuerdo”). La corrección consiste en el sumatorio de los 10 ítems multiplicado por 2,5. Pretende evaluar la aceptación de la tecnología (en este caso, el programa *online* que sirve para aplicar el protocolo de tratamiento) por parte de las personas que la utilizan. Para ello, se centra en las 10 dimensiones (cada ítem corresponde a una dimensión) que explican en mayor medida dicha usabilidad y aceptación: *learnability* (rapidez de aprendizaje), control y visibilidad del sistema, orientación, eficiencia, modelo ecológico, facilidad o ayuda del sistema, control y visibilidad de sistema, intención de uso, utilidad percibida y facilidad percibida. Al igual que en la escala SUS, descrita anteriormente, en este caso también el resultado oscila entre 0 y 100.

Entrevista cualitativa (Labpsitec, 2012). Se elaboró una entrevista para valorar la opinión de los participantes en relación a aspectos importantes del presente estudio. En ella se preguntó sobre la utilidad de la herramienta del Diario de Actividad, la utilidad de poder repasar la información de los diferentes módulos y la utilidad de disponer del programa durante más tiempo una vez finalizados los 8 módulos de tratamiento. A estas preguntas los participantes contestaban en una escala de 1 “poquísimo” a 5 “muchísimo”. También se les preguntaba si habían entendido que disponían de más tiempo para seguir usando el programa aunque hubieran hecho los 8 módulos de tratamiento, si habían seguido entrando en el programa después de terminarlo y si les habría gustado seguir haciéndolo. A estas tres preguntas contestaban “sí” o “no”. Además, en esta entrevista, al grupo sin apoyo por parte del terapeuta se les preguntaba si les habría gustado recibir una breve llamada de apoyo semanal por parte de un terapeuta (de máximo dos minutos) y en qué medida la habrían considerado útil. Al grupo con apoyo por parte del terapeuta se les preguntaba cuánto les había gustado recibir dicha llamada y en qué medida la habrían considerado útil. A estas últimas

preguntas contestaban en una escala de 1 “poquísimo” a 5 “muchísimo”. Finalmente se pedía al participante que refiriera una opinión general sobre el programa de intervención.

5.3.5. Momentos de evaluación

Se establecieron 5 momentos de evaluación. Uno antes de empezar el tratamiento, otro después del tratamiento, un primer seguimiento a los 3 meses y un segundo seguimiento a los 6 meses.

En el Anexo II se muestran los instrumentos que se pasaron en cada momento de evaluación.

5.4. DISEÑO Y CONDICIONES EXPERIMENTALES

Se ha utilizado un diseño entre grupos de medidas repetidas con tres condiciones experimentales. En dos de las condiciones se utilizó el programa que hemos desarrollado para aplicar el protocolo de tratamiento. Dicho programa que se describe más adelante, se denomina *Sonreír es Divertido*. La tercera condición fue un grupo control lista de espera. Por tanto, las condiciones experimentales son:

- a) Tratamiento Auto-aplicado a través de Internet sin apoyo por parte del terapeuta (Sonreír es Divertido Sin Apoyo=SSA). En esta condición los participantes realizaban el programa de tratamiento *Sonreír es Divertido*, interactivo y totalmente auto-aplicado a través de Internet. Durante la realización del programa de tratamiento los participantes recibían semanalmente dos mensajes a su teléfono móvil (miércoles y domingo) animándoles a seguir avanzando en el programa y haciendo las tareas que se les iban proponiendo.
- b) Tratamiento Auto-aplicado a través de Internet con apoyo por parte del terapeuta (Sonreír es Divertido Con Apoyo=SCA). En esta condición los participantes realizaban el mismo programa de tratamiento que el grupo SSA y recibían también los dos mensajes semanales al teléfono móvil; pero además, un terapeuta les realizaba una llamada de apoyo semanal de una duración máxima de dos minutos (los jueves). El objetivo de

esta breve llamada era valorar si todo iba bien respecto al uso del programa, recomendarles ir a un ritmo adecuado dependiendo de cómo iban avanzando a través de éste y la importancia de realizar las tareas de los diferentes módulos.

En el Anexo VII se muestra el contenido específico, tanto de los mensajes de texto como de la llamada de apoyo semanal.

- c) Control lista de espera (LE). Los participantes asignados a esta condición, tras realizar la evaluación inicial, quedaron en espera durante 12 semanas sin recibir ningún tipo de intervención. Después de este período de espera fueron evaluados de nuevo y aquellos participantes que lo desearon realizaron el programa *Sonreír es Divertido* bajo una de las otras dos condiciones experimentales (SSA o SCA).

Por lo que respecta al flujo de los participantes a lo largo de todo el proceso de la investigación (Ver Figura 2) un total de 481 personas se interesaron por el estudio. Contactamos telefónicamente con todas las personas que mostraron interés para explicarles en qué consistiría su participación en el estudio y rastrear 7 de los criterios de inclusión y exclusión establecidos para poder formar parte del estudio (*Screening telefónico*) (Ver Anexo VIII). Tras esta llamada, a 216 personas no se les citó para la entrevista inicial: 204 porque no les interesó participar o porque no contestaron a la llamada telefónica y 12 porque no cumplían alguno de los 7 criterios mínimos que se rastreaban por teléfono. Se citó a un total de 265 personas para la entrevista inicial, de los cuales se eliminaron 81 por no acudir a la cita o por no cumplir con la totalidad de los criterios de inclusión y exclusión. De esta forma, finalmente 184 personas cumplieron los requisitos para participar en el estudio y fueron asignadas al azar a las tres condiciones experimentales posibles (SSA, N=61; SCA, N=60; o LE, N=63). Sin embargo, antes de empezar con el estudio 60 personas decidieron no participar (25 en el grupo SSA, 16 en el grupo SCA y 19 en el grupo LE). Estos participantes una vez habían sido asignados a una de las tres condiciones, no pudieron o no quisieron empezar con el estudio. Por lo tanto, la muestra final quedó del siguiente modo: SSA (N=36), SCA (N=44) y LE (N=44). Durante la realización del programa de tratamiento se produjeron 8 abandonos en el grupo SSA (tres participantes en el módulo 2, un participante en el módulo 4, uno en el módulo 5, dos en el módulo 6 y un participante en el módulo 7); y 8 abandonos en el grupo

SCA (un participante en el módulo 2, otro participante en el módulo 3, tres participantes en el módulo 5 y tres en el módulo 6). No se produjo ningún abandono en el grupo control LE.

Los motivos de los abandonos fueron:

En el grupo SSA dos participantes dejaron de tener acceso a Internet, cuatro participantes refirieron que dejaron de realizar el programa por falta de tiempo, otro de los participantes explicó que dejó el programa porque no le ayudaba y el último de ellos dejó de avanzar pero no sabemos los motivos. Por consiguiente, en este grupo se dispone de la evaluación post-tratamiento de 28 participantes, en el seguimiento de los 3 meses de 14 participantes y en el de los 6 meses de 23 participantes.

En el grupo SCA dos participantes dejaron de tener acceso a Internet, tres refirieron que dejaron de realizar el programa por falta de tiempo, otro de los participantes lo dejó porque empezó tratamiento psicológico cara a cara, otro informó que el programa no le ayudaba y el último explicó que no le interesó seguir realizando los módulos. Por tanto, en este grupo se dispone de la evaluación post-tratamiento de 36 participantes, el seguimiento de los 3 meses de 23 participantes y el de los 6 meses de 27 participantes.

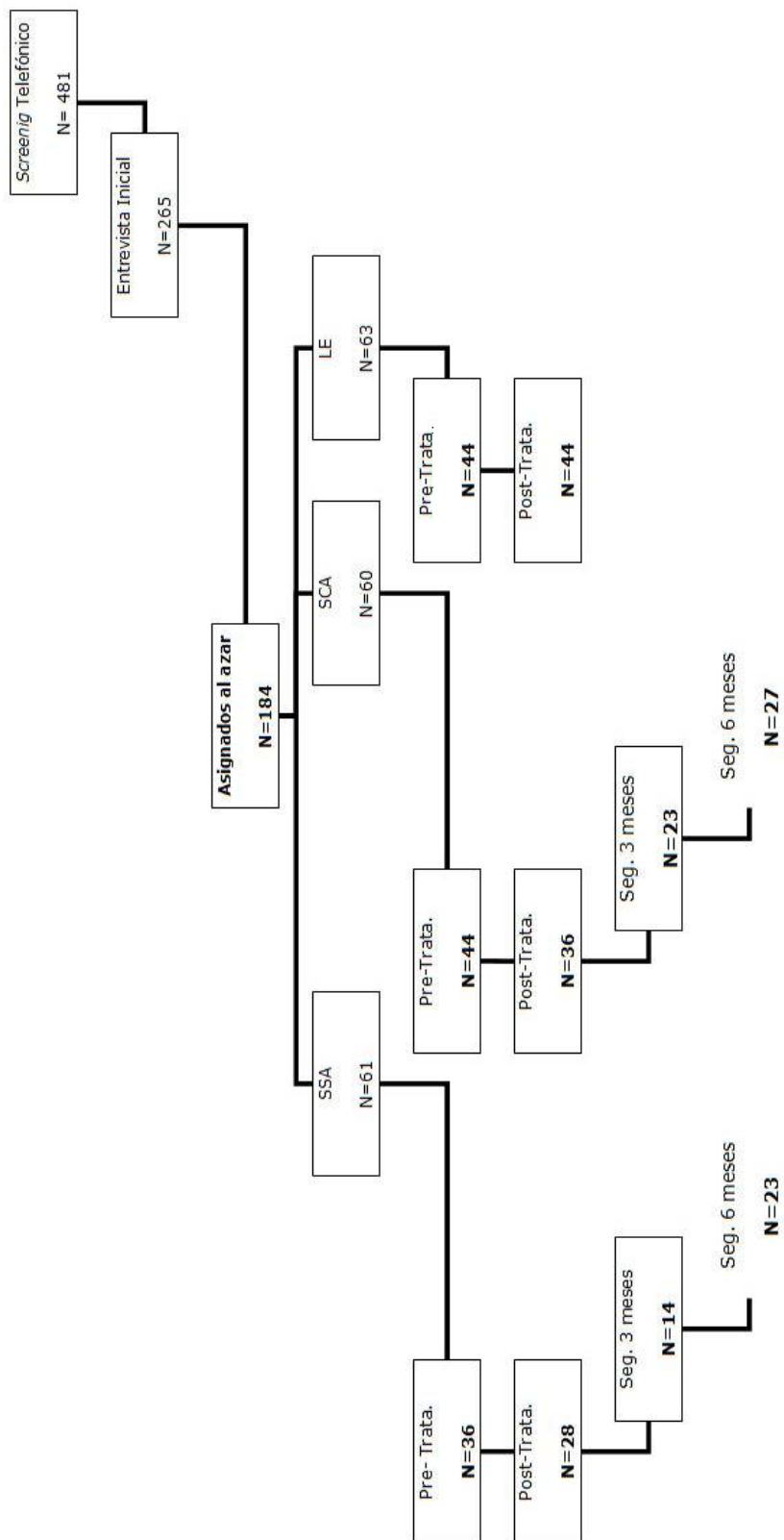


Figura 2- Flujo de los participantes.

Se trata de un estudio con asignación ciega (simple ciego) ya que la persona que realizó la asignación aleatoria de los participantes a las diferentes condiciones experimentales fue un investigador independiente que no tenía ningún conocimiento sobre el estudio y la intervención recibida por los diferentes grupos. Realizó dicha asignación aleatoria de acuerdo con una lista de aleatorización creada por el programa informático *Random Allocation Software*, version 1.0. Para asegurar la homogeneidad de los tres grupos experimentales en cuanto al nivel de sintomatología depresiva (BDI-II: medida de resultado principal), se tuvo en cuenta en qué rango de puntuaciones se encontraban los participantes en el pre-tratamiento (0-13= depresión mínima, 14-19= depresión leve, 20-28= depresión moderada) para la asignación a las distintas condiciones experimentales.

5.5. EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: SONREÍR ES DIVERTIDO

El programa *Sonreír es Divertido* tiene un doble objetivo: Por una parte, pretende ser un programa de prevención de la depresión y ayudar a personas sometidas a situaciones difíciles y/o estresantes, ofreciéndoles técnicas y estrategias para afrontar dichas situaciones de manera eficaz; por otra, tratar a personas que ya presenten una depresión de gravedad leve o moderada.

Trata de combinar los procedimientos existentes más eficaces para el manejo del estrés, con estrategias para fomentar la regulación emocional, la capacidad de afrontamiento y la resiliencia. Pretende que las personas aprendan distintas técnicas psicológicas que les permitan conocer formas adaptativas de afrontar el estrés cotidiano y los problemas.

El programa consta de 8 módulos de tratamiento de corte cognitivo-comportamental, y está basado en la perspectiva transdiagnóstica (Barlow et al., 2004; Brown y Rosellini, 2011; Craske et al., 2009; Mansell, 2012; McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Wilamowska et al., 2010). En concreto, en algunos de los componentes del *Unified Protocol* del grupo de Barlow: Motivación, Psicoeducación y Terapia cognitiva (Barlow, Ellard et al., 2011). Además, incorpora técnicas clásicas para prevenir y tratar el estrés y la depresión, tales como la AC, ya propuesta en el pasado por el propio Beck (Beck, 1976).

A esto se suma que *Sonreír es Divertido* ofrece también estrategias para fomentar y mejorar el estado de ánimo positivo.

Al diseñar el programa se han tenido en cuenta todos los avances relacionados con las emociones positivas ya mencionados en el marco teórico, potenciando de forma importante

los módulos centrados en la promoción del afecto positivo y la resiliencia así como subrayando notablemente la importancia y los beneficios de estar activo y de mantenerse implicado en la vida y en los propios valores y metas.

El programa está concebido para tener una duración de 12 semanas. Pueden existir algunas diferencias en la velocidad con la que algunas personas avancen, pero ese periodo temporal de 12 semanas resulta adecuado para aprender y practicar todo lo que *Sonreír es Divertido* ofrece.

Los principales componente terapéuticos que conformaron finalmente el protocolo de tratamiento se detallan a continuación.

5.5.1. Componentes terapéuticos del programa *Sonreír es Divertido*

Los componentes terapéuticos utilizados en el programa *Sonreír es Divertido* y presentados en los diferentes módulos fueron los siguientes: Motivación, Psicoeducación, AC, Terapia Cognitiva, Psicología positiva y Prevención de recaídas.

5.5.1.1. Motivación

El componente de motivación se trabaja al principio del programa, en el primero de los módulos. En el inicio de todo proceso de cambio es importante que la persona analice si de verdad quiere modificar su manera de funcionar, esto le ayudará ver los beneficios y costes de seguir con el mismo patrón de comportamiento así como los beneficios y costes de cambiar (Arkowitz, Westra, Miller, Rollnick, 2007; Miller y Rollnick, 2002; Westra, Arkowitz y Dozois, 2009).

El objetivo es que la persona entienda que es posible trabajar para fomentar la motivación para el cambio. Para lograr este objetivo se ayuda a la persona a: 1) Entender la importancia de la motivación para el tratamiento, 2) Entender la ambivalencia como parte natural del proceso de cambio e 3) Identificar sus objetivos y metas (Ver detalle en el Anexo IX: 1. Motivación).

5.5.1.2. Psicoeducación

Este componente tiene lugar también al inicio del programa de tratamiento.

Se le transmiten a la persona diversos conceptos y se expone de manera general en qué va a consistir *Sonreír es Divertido*. Para ello se le explica la base lógica del programa, conjuntamente con el objetivo fundamental que se persigue, ofrecer a la persona la posibilidad de aprender formas más adaptativas y eficaces de solucionar los problemas y los retos que le están perturbando ahora, con el fin de encontrarse mejor emocionalmente y poder superar las dificultades. Además, se pretende que la persona pueda utilizar estas estrategias para generar y potenciar habilidades y fortalezas que le permitirán afrontar más eficazmente el estrés y otros problemas que, sin duda, llegarán en el futuro. Estas habilidades y fortalezas le ayudarán también a lograr una vida satisfactoria y significativa.

Se profundiza en dos aspectos fundamentales: las situaciones o acontecimientos estresantes y las reacciones emocionales asociadas a los mismos: estrés, miedo, culpa, rabia, etc. Haciendo especial hincapié en la depresión y sus síntomas principales.

Se le explica que todas estas reacciones emocionales pueden tener otras consecuencias negativas, como comportamientos de aislamiento o reducción de la actividad que no ayudan a superar los problemas, sino que llevan a experimentar sentimientos de ineficacia e indefensión.

Después se hace referencia a las diferencias individuales en la tendencia a reaccionar de una forma más o menos adaptativa ante el estrés. Es lo que llamamos vulnerabilidad y se refiere a las características biológicas y psicológicas que hacen que una persona sea más vulnerable a padecer un problema emocional. También se explica que las personas se diferencian además por los recursos de afrontamiento que tienen y que pueden poner en marcha ante situaciones difíciles o estresantes. Estos recursos son todas aquellas capacidades que nos ayudan a manejar los problemas y las situaciones difíciles de manera más eficiente. Las personas que poseen estas habilidades y fortalezas son capaces de resistir mejor los efectos negativos de los estresores diarios y, por lo tanto, tienen una menor probabilidad de padecer un problema emocional.

Una vez vistas las emociones asociadas a las situaciones difíciles, se analizan las consecuencias que se derivan de esas experiencias emocionales (Ver detalle en el Anexo IX: 2. Psicoeducación).

5.5.1.3. Activación Comportamental

Este componente es esencial en todo el programa de tratamiento ya que *Sonreír es Divertido* subraya notablemente la importancia de “ponerse en marcha”, de “estar activo”.

Se pretende que la persona: 1) comprenda el papel de la actividad en la regulación del estado de ánimo y en su bienestar, 2) entienda la importancia de realizar actividades que sean significativas y acordes a los objetivos y metas que se quieran alcanzar y 3) aprenda el procedimiento a seguir para la programación de actividades significativas y para incorporarlas en la vida cotidiana (Ver detalle en el Anexo IX: 3. Activación Comportamental).

5.5.1.4. Terapia cognitiva

En este componente terapéutico: 1) se explica el papel que tienen en nuestras experiencias emocionales las interpretaciones que hacemos de las situaciones, 2) se exponen una serie de trampas de pensamiento y se enseñan formas de modificar estos patrones desadaptativos en nuestra forma de pensar, 3) se enseña a como flexibilizar la forma de valorar las diferentes situaciones con las que nos podemos encontrar (Ver Detalle en el Anexo IX: 4. Terapia Cognitiva).

5.5.1.5. Psicología Positiva

Este componente terapéutico, junto con el de AC, explicado anteriormente, es uno de los que más peso tienen dentro del programa de tratamiento.

Para explicar cómo aplicamos este componente terapéutico lo vamos a dividir en tres subcomponentes, teniendo en cuenta el objetivo principal de cada uno:

1. El primero de ellos pretende que la persona **entienda el papel que las emociones positivas tienen en nuestra vida** y cómo nos ayudan, la importancia de las **pequeñas cosas** y aprenda **procedimientos para inducir estas emociones**.

2. El segundo pretende enseñar las estrategias fundamentales para incrementar el **bienestar psicológico y la resiliencia**. Además, ayudar a comprender la importancia de

identificar las propias fortalezas, así como de **realizar actividades significativas** que estén vinculadas a sus valores y metas de vida importantes.

3. El tercero pretende ayudar a desarrollar un **plan de acción para potenciar las propias fortalezas**. Además enseñar la importancia de algunas emociones positivas como: **la gratitud, la curiosidad, la valentía y la esperanza** así como de atrapar los **momentos de bienestar** y a disfrutar de ellos.

Se presentan los tres subcomponentes con detalle en el Anexo IX: 5. Psicología Positiva.

5.5.1.6. Prevención de recaídas

El objetivo esencial de este componente de tratamiento es el de mantener y promover en el futuro los cambios conseguidos a lo largo de la realización del programa. Se recuerdan los aspectos fundamentales abordados durante el tratamiento y se repasan brevemente los contenidos ayudando a sintetizar lo aprendido e identificar aquellos aspectos que se podría desear fortalecer: la importancia de ponerse en marcha e intentar flexibilizar la forma de pensar, aprender a identificar, atrapar y disfrutar de los buenos momentos e intentar entrenar las fortalezas, pues todo ello resultará de gran ayuda en los momentos duros que puedan llegar (Ver detalle en el Anexo IX: 6. Prevención de recaídas).

5.5.2. Módulos de tratamiento del programa *Sonreír es Divertido*

Se han desarrollado dos protocolos manualizados, uno para el paciente y otro para el terapeuta en los que se presenta con detalle todo lo que se tiene que hacer en cada uno de los 8 módulos que conforman el programa *Sonreír es Divertido*. Terapeuta y paciente tienen especificados paso a paso los objetivos, contenidos y actividades de cada uno de los módulos.

Los aspectos fundamentales trabajados en cada uno de los módulos están basados en técnicas que han demostrado su eficacia y se ajustan a las recomendaciones de las guías sobre buenas prácticas clínicas de las asociaciones internacionales de psicología como la *American Psychological Association* (www.apa.org) y el *National Institute for Health and Clinical Excellence* (www.nice.org.uk).

Los 8 módulos abarcan los 6 componentes terapéuticos explicados en el apartado anterior y cada uno de ellos se dirige a unos **objetivos específicos** que se exponen a continuación:

M1. Motivación para el cambio: El objetivo de ese primer módulo es que la persona analice si de verdad quiere cambiar y que reflexione sobre los pros y los contras del cambio. Saber que ese cambio depende de ella y mostrarle la importancia de estar motivada para conseguirlo, fomentando su implicación para practicar y aprender todas las habilidades que el programa le presenta.

Se trabaja todo lo explicado anteriormente en el componente terapéutico: Motivación.

M2. Entendiendo los problemas emocionales: Este módulo proporciona importantes claves para reconocer y para comprender los problemas emocionales. Ayuda a aprender a ver los problemas como algo necesario y crucial en nuestras vidas. Se muestran formas adaptativas de entender los problemas y de enfrentarse a ellos. Se pretende que la persona adopte una nueva actitud: entender los problemas y las dificultades como algo consustancial con el vivir cotidiano, ver en ellos una oportunidad para aprender y crecer.

Se trabaja todo lo explicado anteriormente en el componente terapéutico: Psicoeducación.

M3. Aprendiendo a ponerse en marcha: En este módulo se enseña la importancia de “ponerse en marcha”, para adquirir un nivel adecuado de actividad e implicación con la vida. Se explica que el abandono de actividades que se produce cuando hay malestar no es beneficioso, sino que empeora los problemas. Es enormemente importante estar activo y realizar actividades significativas, satisfactorias y vinculadas a sus valores.

Se explica en qué consiste el Diario de Actividad, una herramienta esencial del programa *Sonreír es Divertido*. Por medio de este diario se proporciona *feedback* a la persona y se le ayuda a ver que su estado de ánimo, su estrés y capacidad de afrontamiento está relacionado con las actividades que realiza y, además que los beneficios de estar activa son mayores en la medida en que las actividades son significativas para ella. Se presenta con detalle más adelante cómo se realiza y en qué consiste el Diario de Actividad en el apartado: Herramientas transversales del programa de tratamiento.

En este módulo se trabaja todo lo explicado anteriormente en el componente terapéutico de AC.

M4. Aprendiendo a ser flexibles: En este módulo se explica que los pensamientos negativos e irracionales que tenemos respecto a las situaciones y sobre nosotros mismos contribuyen a mantenernos atrapados en el círculo vicioso del malestar, el estado de ánimo negativo y la inactividad. Se enseña a flexibilizar la forma de pensar y de interpretar las situaciones, para ser capaz de ver cada situación vital desde distintas perspectivas aprendiendo a pensar en diferentes alternativas. Esta flexibilidad es una habilidad fundamental para afrontar adecuadamente la vida cotidiana.

Se trabaja todo lo explicado anteriormente en el componente terapéutico: Terapia Cognitiva.

M5. Aprendiendo a disfrutar: La importancia de las experiencias positivas: En este módulo se subraya que todas las emociones son necesarias para la supervivencia. Las emociones negativas nos ayudan a detectar y a escapar de los peligros y, por tanto, son cruciales para la adaptación a corto plazo. Las emociones positivas desempeñan también un importante papel en la evolución, ya que sirven para ampliar nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales. Emociones como: alegría, amor o interés amplían nuestra conciencia, potencian las acciones exploratorias y la aparición de pensamientos originales y distintos. Este módulo ayuda a la persona a ver la importancia de estas emociones y a aprender procedimientos que generen experiencias positivas, fomentando la implicación en actividades agradables y significativas y el contacto con otras personas.

Se trabaja todo lo explicado anteriormente en el componente: Psicología Positiva, concretamente en el primero de los tres subcomponentes.

M6. Aprendiendo a vivir: la importancia de los valores y las metas: En este módulo la persona aprende la diferencia entre experiencias positivas, que meramente suponen momentos de placer momentáneo, y el logro del bienestar psicológico.

Ayuda a comprender la importancia de identificar las propias fortalezas. Se pretende que la persona desarrolle habilidades para afrontar adecuadamente los problemas sin negarlos o evitarlos y se enfatiza la importancia de marcarse objetivos y trabajar de acuerdo a un conjunto de valores que permitirán alcanzar momentos de gran satisfacción personal. Se intenta promocionar la experiencia de nuevas vivencias que ayuden a disminuir el malestar y la sintomatología clínica (depresión, abatimiento, ansiedad, inquietud, etc.) realizando actividades significativas que estén vinculadas a estos valores y metas de vida importantes.

Se trabaja todo lo explicado anteriormente en el componente terapéutico: Psicología Positiva, concretamente en el segundo de los subcomponentes.

M7. Viviendo y aprendiendo: En este módulo se transmite la idea de que los seres vivos nacemos, nos desarrollamos y a medida que crecemos, aprendemos nuevas cosas, nuevas habilidades. Cada vez acumulamos más experiencias, tanto positivas como negativas, esto es, nos convertimos en seres humanos “más sabios”. La vida es un proceso de constante aprendizaje y todas nuestras experiencias vitales nos pueden resultar útiles y es importante “aprender a aprender” de ellas, para mejorar así la sensación de autoeficacia. Este módulo ayuda a la persona a entender la vida como un proceso de aprendizaje continuo, de cambio y de crecimiento personal. Además se enseñan otras estrategias para fomentar las fortalezas y a identificar y atrapar los momentos de bienestar.

Se trabaja todo lo explicado anteriormente en el componente de Psicología Positiva, concretamente en el último de los tres subcomponentes.

M8. ¿Y a partir de ahora qué...?: En este módulo se subraya que el final de este programa es solamente el principio del camino de cada uno. *Sonreír es divertido* proporciona armas y técnicas para seguir adelante y afianzar lo aprendido, pero señala que es la propia persona la que marca su ruta.

Se trabaja todo lo explicado anteriormente en el componente: Prevención de recaídas.

5.5.3. Adaptación del programa *Sonreír es Divertido* al sistema web

El protocolo de tratamiento *Sonreír es Divertido* se adaptó al sistema web convirtiéndose en una herramienta de intervención *online* interactiva, totalmente auto-aplicada, sustentada

en las TIC's (vídeos, audios, etc.) y teniendo como soporte la aplicación de Internet. En el desarrollo del programa auto-aplicado a través de Internet se ha reforzado la facilidad de uso, con un diseño minimalista que destaca el contenido sobre el resto de elementos y una navegación lineal, que permite a los usuarios con menos experiencia en el manejo de las TIC's saber en todo momento dónde están y cómo continuar avanzado.

5.5.3.1. Módulos *Home*, Bienvenida y módulos de tratamiento

En el proceso de diseño de la aplicación primeramente se desarrollaron dos módulos iniciales: **Módulos “Home” y Bienvenida.**

Sonreír es Divertido empieza con el módulo “*Home*” donde se explica en qué consiste, cuál es el objetivo, quién se puede beneficiar del la realización del mismo y quiénes son los profesionales que están detrás. Se utilizan una serie de elementos multimedia (textos, viñetas, imágenes, videos, etc.) para explicar todo esto subrayando de forma especial los ejemplos de personas que se pueden beneficiar del programa (Ver Figura 3). Se enseñan vídeos de casos que explican los síntomas que están experimentando. Esto ayuda a las personas a identificarse con uno de los ejemplos sabiendo así si se pueden beneficiar del programa.

En el módulo “*Home*” se explican además las condiciones de uso del programa.



Figura 3- Módulo Home.

Después del módulo “Home” sigue el módulo de **Bienvenida**, donde se proporciona al usuario información acerca del contenido de los 8 módulos de tratamiento que se incluyen en el programa y recomendaciones importantes para que se pueda beneficiar al máximo de éste. También se incluyen una serie de sencillas preguntas de auto-evaluación para que el usuario compruebe que comprende toda la información que se presenta. Además, el módulo termina con un “Hasta luego” animado al usuario a utilizar el programa y a beneficiarse de él.

Una vez elaborados los módulos iniciales, se **adaptaron a web los textos de cada uno de los módulos del protocolo manualizado de tratamiento**, explicados anteriormente. Esto se hizo utilizando un lenguaje directo y simplificado que facilitara su realización. Además, se optimizó la comprensión del contenido de los módulos, enriqueciéndolo con distintos elementos multimedia (viñetas, videos, audios, etc.) según la conveniencia de cada momento, para ayudar al usuario a asimilar de la forma más fácil las distintas técnicas psicológicas que se presentan en el programa (Ver Figura 4).



Figura 4- Viñetas que ilustran cómo afrontar una misma situación de forma desadaptativa o adaptativa.

La **estructura de los módulos** sigue siempre el mismo esquema: empieza con preguntas relacionadas con el módulo anterior, sigue con la explicación de los contenidos del módulo, después se propone la realización de los ejercicios y a continuación se realizan las preguntas de autocomprobación para ver si se ha comprendido lo que se ha explicado. En el caso de que el usuario no acierte alguna de las preguntas, inmediatamente el programa le proporciona el *feedback* correcto con una sencilla explicación. Posteriormente se indican las tareas que se tienen que hacer para practicar lo que se ha trabajado en el módulo y se recomienda su realización (Ver Figura 5). La realización de dichas tareas es muy importante para afianzar todo lo aprendido en el programa y que las estrategias que ofrece *Sonreír es Divertido* se conviertan en habilidades. Todos los módulos terminan con un “Hasta luego” animando al usuario a seguir avanzando con los módulos posteriores. Entre un módulo y otro las personas realizan la evaluación post-módulo en la que se evalúa su ansiedad (OASIS), estado de ánimo (ODSIS), afectividad positiva y negativa (PANAS + y -) y la ideación suicida.

Un aspecto importante de *Sonreír es Divertido* es que permite a la persona repasar el contenido de los diferentes módulos las veces que considere necesarias (Ver Figura 5).

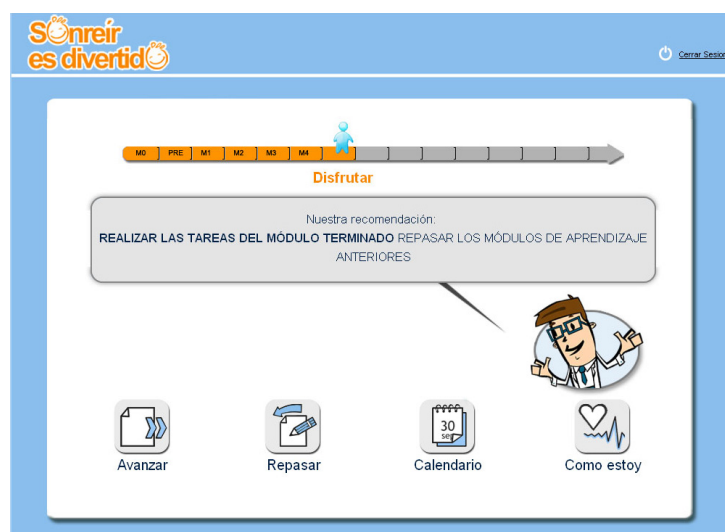


Figura 5- Recomendación de realizar las tareas y repasar la información de los diferentes módulos.

5.5.3.2. Herramientas transversales del programa *Sonreír es Divertido*

Además de los 8 módulos de tratamiento, el programa ofrece una serie de herramientas que acompañan al usuario a lo largo de todo el proceso.

Estas herramientas transversales son: el Diario de Actividad, el Calendario y el ¿Cómo estoy?.

Diario de Actividad.- El diario de actividad es una herramienta diseñada para que la persona preste atención a las actividades que realiza cotidianamente, a qué dedica el tiempo y cómo influye esto en su estado de ánimo, en su capacidad de afrontamiento y en su nivel de estrés.

En primer lugar se le pregunta a la persona sobre su capacidad de afrontamiento, estado de ánimo y estrés en un rango de 0 a 10 (Ver Figura 6).

The screenshot shows a digital assessment interface with the following elements:

- Header:** Logo 'Sonreír es divertid' and a 'Cerrar Sesión' button.
- Title:** 'Contesta las siguientes preguntas' (Answer the following questions).
- Page:** 'Página 1/3'.
- Section 1: AFRONTAMIENTO**
Question: 'En las últimas 24 horas, ¿En qué medida te has sentido seguro acerca de tu capacidad para afrontar tus problemas personales? Señala el lugar de la escala que mejor lo refleje.'
Scale: A horizontal line with 11 points (0-10). Point 0 is labeled 'Nada' and point 10 is labeled 'Totalmente'. There are three human icons above the scale: a small one at 0, a medium one at 5, and a large one at 10.
- Section 2: ESTADO DE ÁNIMO**
Question: 'Señala el lugar que mejor refleje tu estado de ánimo en las últimas 24 horas.'
Scale: A horizontal line with 11 points (0-10). There are three smiley face icons above the scale: a sad face at 0, a neutral face at 5, and a happy face at 10.
- Section 3: ESTRÉS**
Question: 'En las últimas 24 horas, ¿En qué medida has sentido que las dificultades eran de tal magnitud que no podías superarlas?'
Scale: A horizontal line with 11 points (0-10). Point 0 is labeled 'En ninguna medida' and point 10 is labeled 'Totalmente'. There are three human icons above the scale: a small one at 0, a medium one at 5, and a large one at 10.
- Footer:** A 'Continuar >>' button.

Figura 6- Evaluación diaria de la capacidad de afrontamiento, el estado de ánimo y el nivel de estrés.

A continuación realiza dos informes de actividad:

En el **Informe de actividad 1** el programa le pide a la persona que marque, en base a una lista general de posibles actividades (pasear, cocinar, estudiar, comprar, hacer ejercicio, escuchar música, leer, etc.), las que haya realizado en las últimas 24 horas, indicando el grado de satisfacción que cada actividad le ha supuesto y en qué medida están relacionadas con sus objetivos y valores de vida (Ver Figura 7).

Estás en la página 2/3

INFORME DE ACTIVIDAD 1:

A continuación te mostramos algunas actividades bastante comunes en las personas. Señala una actividad y en relación a ella señala el grado de satisfacción (de 0 a 10) que te ha proporcionado realizarla. También señala en qué grado la actividad realizada está relacionada con tus valores, es decir con aspectos que son importantes en tu vida. Pulsa **Guardar** cuando termines.

Repite este proceso con tantas actividades como hayas realizado en las últimas 24 horas. Si crees que alguna no aparece representada, podrás **añadir actividades** pulsando [aquí](#).

Actividad: Hacer ejercicio Satisfacción: 8 Valores: 9

Guardar

Eliminar	Actividad	Satisfacción	Valores
✖	Escuchar musica	5	5
✖	Hacer ejercicio	8	9

Continuar >>

Figura 7- Informe de Actividad 1.

Además, la persona puede añadir aquellas actividades que haya realizado pero que no estén en la lista escribiéndolas en el apartado donde puede marcar la opción: *Otras*.

En el **Informe de actividad 2**, la persona tiene que señalar el porcentaje del día que ha estado activa o implicada en su vida en las últimas 24 horas (Ver Figura 8)

Estás en la página 3/3

INFORME DE ACTIVIDAD 2:

Señala el porcentaje del día que crees que has estado activo

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

En ningún momento En todo momento

Continuar >>

Figura 8- Informe de Actividad 2.

Con toda esta información el programa pone en relación la realización de actividades satisfactorias del día a día, con el estado de ánimo, la capacidad de afrontamiento y el nivel de estrés que siente la persona. Es en la herramienta *¿Cómo estoy?*, explicada más adelante,

donde los usuarios pueden ver los resultados del Diario de Actividad gráficamente, obteniendo así *feedback* visual que les ayuda a ser conscientes de la conexión de estas variables: actividad, estado de ánimo, afrontamiento y estrés (Ver Figura 9).

- La gráfica Diario de actividad, muestra el porcentaje de tiempo que has pasado implicado en actividades satisfactorias. También tienes la opción de ver a la vez el nivel de estrés, estado de ánimo y afrontamiento que has ido manifestando durante el uso del programa SONREÍR ES DIVERTIDO.



Figura 9- Gráfica de la relación entre la realización de actividades satisfactorias, estado de ánimo, capacidad de afrontamiento y nivel de estrés.

Se pide a la persona que realice todos los días el Diario de Actividad. Cuantas más veces lo complete, mucho mejor, porque llevar a cabo un registro más detallado le permitirá ir viendo su evolución. Comparar los resultados del Diario de Actividad a lo largo de todo el proceso le ayudará a tomar conciencia de si está realizando menos actividades gratificantes de lo que piensa, o si las actividades que realiza le resultan agradables, si son significativas, si son acordes a sus valores de vida, etc.

Tomar conciencia de todo esto, así como de su relación con su estado de ánimo, su nivel de estrés y su capacidad de afrontamiento, le puede motivar para realizar algún cambio en su día a día. Se insiste en que cuantas más veces realice esta tarea más beneficios obtendrá del programa de tratamiento.

Calendario. - El calendario es una herramienta que proporciona información a la persona acerca de sus avances a lo largo del programa. Le permite saber en qué lugar se encuentra, lo que le falta para terminar y le da *feedback* sobre las tareas que aún tiene pendientes y las que

ya ha realizado (marcado con un sol amarillo). Además señala cada día si se ha realizado en Diario de Actividad (marcado con un tick verde) (Ver Figura 10).



Figura 10- Calendario.

Como estoy. - ¿Cómo estoy? es una herramienta que ofrece *feedback* a la persona de manera gráfica sobre su evolución a lo largo del programa, tanto de su nivel de actividad, de su malestar emocional (ansiedad y tristeza) (Ver Figura 11) como de la intensidad de su emocionalidad positiva (activo, ilusionado, con energía, con vitalidad, etc.) y negativa (disgustado, con miedo, estresado, tenso, malhumorado, etc.).

Los datos que representan estas gráficas son los que la persona va contestando en el Diario de Actividad, y en la evaluación continua que realiza al finalizar cada uno de los módulos (OASIS, ODSIS, PANAS).

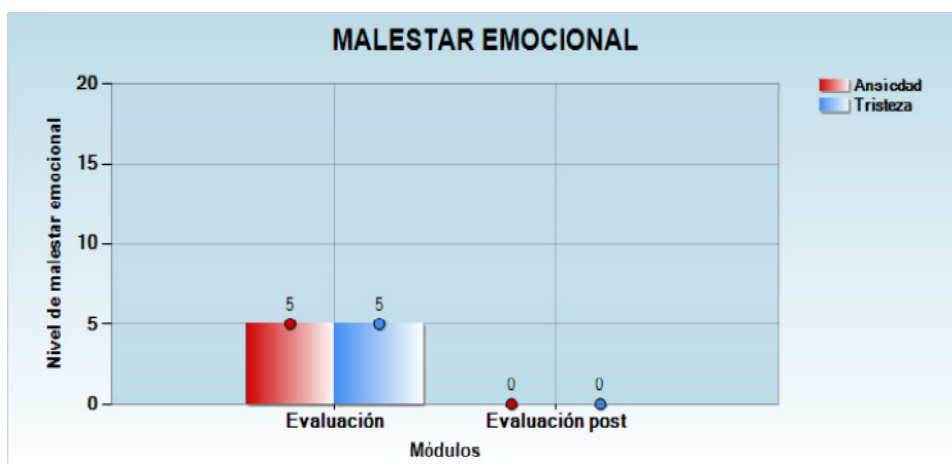


Figura 11- Evolución del malestar emocional del pre-tratamiento al post-tratamiento.

Además, como se ha referido anteriormente, dentro de esta herramienta puede conocer un aspecto fundamental del Diario de Actividad: la relación entre su estado de ánimo, el porcentaje de actividades que lleva a cabo al día, los niveles de estrés y su capacidad de afrontamiento (Ver Figura 9).

5.5.4. Plataformas del terapeuta

Al mismo tiempo que se adaptó el protocolo de tratamiento al sistema web, se elaboraron y diseñaron dos plataformas para los terapeutas a las que se accede también a través de Internet. Estas son: Administración de Sonreír es Divertido y Gestión de Pacientes (Ver Figura 12).



Labpsitec | 2012

Figura 12- Plataformas del terapeuta.

Estas dos plataformas únicamente están relacionadas entre sí por el *Identificativo único de usuario* o *Idusuario* (Ej: UsuarioXXXX). La razón por la que está estructurado de esta forma es para desagregar los datos y garantizar que las bases de datos son anónimas, de forma que se proteja la identidad de los pacientes cuando estos datos viajan por Internet, cumpliendo de esta forma con la LOPD (Ley Organica de Protección de Datos).

Su función es permitir que los terapeutas puedan disponer de la información de las personas que han accedido al programa *Sonreír es Divertido*, así como modificar algunas condiciones relacionadas con la utilización del programa.

Concertamente, la plataforma de Administración de Sonreír es Divertido a la que el terapeuta puede acceder a través del enlace: <https://www.sonreiresdivertido.com/admin>, introduciendo su Usuario y Contraseña, permite ver la historia clínica del usuario y está dividida en 4 apartados: Usuarios, Gestión, Tratamiento e Informes. En la plataforma Gestión de Pacientes a la que el terapeuta puede acceder a través del enlace: <https://www.teradmin.com>, también introduciendo su Usuario y Contraseña, se encuentran los datos personales de todos los usuarios que están utilizando el programa *Sonreír es Divertido*.

Todas las funciones que ofrece cada una de las plataformas se explican con detalle en el Anexo X.

5.6. TERAPEUTAS

En la realización, tanto del *Screening* telefónico, de la entrevista inicial como de los posteriores contactos con las personas que forman parte del estudio, participaron un total de 4 terapeutas pertenecientes al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I y la Universidad de Valencia. Todos ellos fueron entrenados en la realización de la MINI, contaban con experiencia en evaluación clínica y en aplicación de programas de tratamiento de orientación cognitivo-conductual basados en las TIC's y estuvieron supervisados por psicólogos clínicos expertos.

5.7. PROCEDIMIENTO

Se hicieron llamamientos a través de Internet y de diferentes medios de comunicación, tanto internos como externos a la universidad (prensa, correo electrónico interno de la Universitat Jaume I y carteles) informando sobre la puesta en marcha de un estudio para el tratamiento y la prevención de la depresión (Ver Anexo I). Las personas interesadas en el estudio se ponían en contacto con uno de los investigadores a través de correo electrónico o de un teléfono de contacto. Cada una de las personas que mostraba interés en participar era asignada a uno de los 4 terapeutas disponibles para el estudio.

Dicho investigador contactaba entonces telefónicamente con las personas interesadas (*Screening* telefónico) (Ver Anexo VIII) y les informaba que tenían la posibilidad de participar en un proyecto de investigación sobre un programa de tratamiento psicológico que podían realizar desde su casa, de forma totalmente auto-aplicada a través de Internet. Se explicaba que dicho programa les ofrecía la oportunidad de conocer y aprender una serie de técnicas y herramientas que les permitirían aumentar su capacidad de resistir y hacer frente a los problemas en su estado de ánimo y a las situaciones complicadas y estresantes de la vida cotidiana. Esto es, les ayudaría a fortalecer sus defensas psicológicas.

En el *Screening* telefónico se delimitaron también la presencia o ausencia de 7 de los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Esto se realizó con el objetivo de evitar que personas que no cumplieran alguno de dichos criterios mínimos como tener más de 18 años, entender y leer bien el español, tener acceso a Internet, etc. (Ver Anexo VIII), invirtieran tiempo en la entrevista posterior de más larga duración

A continuación, si cumplía con los criterios que se rastreaban en el *Screening* telefónico se le daba cita para una primera entrevista. Dicha entrevista se realizó de manera presencial a los participantes que residían en Castellón o Valencia y telefónicamente a los participantes que residían en otros puntos de España.

Seguidamente se especifican los pasos que se siguieron en la entrevista inicial de manera presencial y los que se siguieron en la entrevista inicial de manera telefónica:

- a) Entrevista inicial presencial: Los posibles participantes acudían a la cita establecida ya fuera en el Laboratorio de Psicología y Tecnología (Labspitec) de la Universitat Jaume I de Castellón o en la Facultad de Psicología de la Universitat de València. En esta entrevista un investigador del equipo explicaba lo que implicaba la participación en el estudio y el participante firmaba su consentimiento informado (participación voluntaria, condiciones experimentales diferentes, compromiso de cumplimentar los cuestionarios y consentimiento sobre la utilización de los datos para fines de investigación) (Ver Anexo XI). Si el participante estaba de acuerdo con dichas condiciones, cumplimentaba en una sala una serie de cuestionarios *online* (<https://www.surveymonkey.com/s/Sonreiresdivertido>) en una Web específica para realizar encuestas a través de Internet (<http://www.surveymonkey.com/>). Dicha web cumple con la ley de protección de datos prescrita por la Unión Europea. En dichos cuestionarios se recogían datos sociodemográficos y biográficos y se cumplimentaba el BDI-II, así se evaluaba el nivel de depresión (puntuar más de 28 era uno de los criterios de exclusión). Si la persona puntuaba 28 o menos el entrevistador evaluaba la posible presencia de algún trastorno mental con la MINI. En la entrevista inicial se evaluaba el cumplimiento del resto de los criterios de inclusión y exclusión que no se habían rastreado en el *Screening* Telefónico. Finalmente, todos los participantes firmaban un Recibí (Ver Anexo XII), ya que se les daba una compensación económica de 15 euros por el desplazamiento hasta el lugar donde se realizaba la entrevista.

b) Entrevista inicial telefónica: A los participantes que residían en otro punto de España y no podían acudir a la entrevista de manera presencial, se les informaba que recibirían un correo con un enlace (<https://es.surveymonkey.com/s.aspx>) que les daría acceso a una serie de cuestionarios que tendrían que realizar de forma *online*. Se trata de la misma web ya descrita y contenía los mismos cuestionarios. El único cambio es que en este caso se les comunicaba de manera escrita lo que implicaba la participación en el estudio y se les indicaba que leyeran el consentimiento informado. Si después de leerlo el participante aceptaba las condiciones y decidía seguir adelante ya podía proceder a responder a los cuestionarios (ver Anexo XIII). Una vez había respondido a los cuestionarios, el investigador miraba su puntuación en el BDI-II, y se seguían los mismos pasos especificados anteriormente cuando se realizaba la entrevista de manera presencial pero telefónicamente, en este caso. Los participantes no recibían ninguna compensación económica, ya que no había habido desplazamiento.

Todos aquellos participantes que después de la entrevista inicial (presencial o telefónica) cumplían con los criterios de inclusión pasaban a formar parte del estudio y eran asignados aleatoriamente a una de las tres condiciones experimentales (SSA, SCA o LE) utilizando, como se ha mencionado anteriormente, el programa informático *Random Allocation Software* y teniendo en cuenta los tres niveles de gravedad establecidos según la puntuación en el BDI-II.

Seguidamente cada terapeuta contactaba telefónicamente con sus participantes para informarles de la participación en el estudio, la condición a la que habían sido asignados y las fases siguientes. Además, aquellas personas asignadas a los dos grupos de intervención (SSA y SCA) recibían en su correo electrónico el Manual de Uso del programa *Sonreír es Divertido* donde podían encontrar los aspectos esenciales (cómo acceder al programa, la estructura, sus herramientas principales, preguntas frecuentes y cuestiones importantes) (Ver anexo XIV). Los manuales de uso para ambos grupos de intervención diferían únicamente en que, a los participantes del grupo SCA se les explicaba que por la condición de tratamiento a la que habían sido asignados recibirían apoyo por parte de un terapeuta: Una llamada telefónica semanal que tendría una duración breve de 2 minutos y su objetivo sería únicamente valorar si todo iba bien respecto al uso del programa y guiarles dependiendo de cómo iban avanzando a través de éste.

A continuación se daba de alta en el programa a todos los participantes asignados a ambas condiciones de intervención. Inmediatamente les llegaba un correo con un mensaje de

bienvenida al programa (Ver Anexo XV) y con un enlace que les llevaba directamente a la página de *Sonreír es Divertido* donde podían crear su contraseña. En esta misma pantalla veían su Usuario (ejemplo: LoginXXX).

Con su usuario y contraseña ya podían acceder al programa y realizaban la evaluación pre-tratamiento que está integrada dentro del propio sistema web (Ver Anexo II). Una vez realizada dicha evaluación tenían que esperar 24 horas hasta poder empezar con el primer módulo del programa.

Una vez pasado este tiempo la persona podía empezar a avanzar a través de los 8 módulos que conforman *Sonreír es Divertido*. Los participantes realizaban el programa de manera totalmente auto-aplicada a través de Internet y podían avanzar a su ritmo, aunque se les recomendaba que sacarían el máximo beneficio si realizaban más o menos un módulo por semana. Después de finalizar el programa disponían de 6 meses para seguir entrando en el mismo para repasar la información que necesitaran. Pasado este tiempo ya no podían acceder.

Además de la evaluación pre-tratamiento, se realizaba una evaluación continua de los participantes (evaluación post-módulo). En esta evaluación post- módulo contestaban siempre a los cuestionarios: OASIS, ODSIS, PANAS y al ítem que rastreaba la presencia de ideación suicida. Después del módulo 2 respondían también a la Escala de Expectativas sobre el Tratamiento.

Los participantes de la condición SCA recibían la llamada de apoyo semanal por parte del clínico a lo largo de todo el proceso de realización del programa (máximo 2 minutos) (Ver Anexo VII).

Concluidos los 8 módulos de tratamiento los participantes realizaban la evaluación post-tratamiento también integrada dentro del propio programa. En ésta realizaban los mismos cuestionarios de autoinforme que en la evaluación pre-tratamiento. Además, contestaban preguntas relacionadas con su opinión y aceptación del programa, la usabilidad del sistema y la opinión de mejoría en comparación al inicio del programa.

En la evaluación post (tanto a los participantes de los grupos de intervención como a los del grupo LE) se les pasaba el apartado 6 de la Entrevista biográfica con el objetivo de evaluar si seguían presentes los acontecimientos vitales difíciles referidos en el pre-tratamiento (presencia de algún problema vital: desempleo, deudas, separación, enfermedad, etc.) y

valorar la interferencia generada por cada uno de dichos acontecimientos estresantes en sus vidas desde 1 “muy baja” a 10 “muy alta”.

Finalmente, a los 3 y 6 meses después de la realización de la evaluación post-tratamiento, el programa enviaba un correo a todos los participantes recordándoles que tenían que realizar los seguimientos. En todos los seguimientos los participantes cumplieron de nuevo los instrumentos de medida incluidos en el protocolo de evaluación. Además del recordatorio que les enviaba el propio programa *Sonreír es Divertido*, un terapeuta les realizaba una llamada telefónica recordándoles la importancia de entrar en el sistema para cumplir con los seguimientos.

Por su parte, los participantes de la condición control realizaban la misma evaluación pre-tratamiento que los participantes de los grupos de tratamiento, pero después no tenían acceso al contenido del programa y no recibían ningún tipo de intervención durante un periodo de 12 semanas. Tras este periodo de espera fueron evaluados de nuevo y si lo deseaban pudieron acceder al programa *Sonreír es Divertido* bajo una de las dos condiciones existentes de intervención y su correspondiente asignación al azar.

Una vez terminado el programa, se llevó a cabo una entrevista cualitativa (Ver Anexo VI) a todos los participantes que lo realizaron (tanto a los dos grupos de intervención como a los del grupo LE que decidieron beneficiarse del mismo pasado el tiempo de espera). El objetivo principal de dicha entrevista fue valorar en el grupo SCA si les había gustado y resultado útil la llamada de apoyo y en el grupo SSA si les habría gustado o habrían considerado útil dicha llamada.

Además, a los 6 meses de seguimiento se pasó la MINI también a todos los participantes que realizaron el programa de intervención. En este caso únicamente se preguntaron los apartados de la MINI de depresión, distimia, riesgo de suicidio y, dependiendo de cada participante, aquellos trastornos que había presentado en el pre-tratamiento.

6. RESULTADOS

Para el análisis de datos del presente trabajo se ha utilizado el procedimiento denominado “*Intent-to-Treat Analysis*” (Schwartz y Lellouch, 1967), basado en la última observación realizada (“*last observation carried forward*”: LOCF). Esto es, completar los valores perdidos de la variable que se pretende analizar, con los últimos valores no perdidos disponibles de esa misma variable clínica. Los datos han sido analizados mediante el SPSS versión 20.0 con el objetivo de evaluar la eficacia del protocolo de tratamiento auto-aplicado a través de Internet siguiendo dos formatos de aplicación, con o sin apoyo por parte del terapeuta.

Con la finalidad de estructurar y clarificar la exposición de los resultados, las variables analizadas han sido agrupadas en categorías:

- Variables demográficas.
- Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo.
- Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzos en el entorno, búsqueda de gratificación personal y habilidades de afrontamiento.
- Interferencia provocada por los acontecimientos estresantes.
- Valoración de la mejoría por parte de los participantes.
- Nivel de cambio en el BDI-II (media de resultado principal).
- Evolución de estatus diagnóstico de los participantes.
- Porcentaje de actividad diaria y satisfacción con la misma.
- Medidas de utilidad clínica: expectativas, opinión, aceptación del programa y usabilidad.
- Tasa de abandonos.

Dichas categorías de variables se analizarán teniendo en cuenta las tres condiciones experimentales del presente estudio (SSA, SCA y LE). Además, algunas de ellas se analizarán

teniendo en cuenta las dos submuestras relevantes para la tesis. Esto es, se presentarán una serie de análisis secundarios realizados con el objetivo de analizar las posibles diferencias entre los participantes que únicamente estaban viviendo una situación vital difícil (esta submuestra recibe el nombre de “Estresor”) y los participantes que además de estar viviendo una situación vital difícil cumplían los criterios diagnósticos de depresión u otro TE (o varios comórbidos). En este caso la submuestra recibe el nombre de “Estresor + Diagnóstico”.

A continuación se presentan los resultados obtenidos relacionados con los diferentes objetivos del presente estudio.

6.1. DIFERENCIAS ENTRE LAS TRES CONDICIONES EXPERIMENTALES ANTES DEL TRATAMIENTO

En primer lugar, se analizarán los resultados de los análisis llevados a cabo antes de la intervención con el objetivo de determinar si existían diferencias significativas en las variables sociodemográficas y clínicas entre los 3 grupos experimentales.

6.1.1. Variables demográficas

En la Tabla 20 se pueden observar los estadísticos descriptivos de las variables demográficas, tanto de la muestra total como en función de cada uno de los grupos o condiciones de tratamiento. Respecto a los análisis llevados a cabo, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios se analizaron mediante pruebas Chi-cuadrado; mientras que para la variable edad se utilizó un ANOVA de un factor. Los resultados indicaron que en ninguna de estas variables existían diferencias significativas entre los grupos experimentales antes del tratamiento: sexo ($\chi^2 = 0,813$; g. l. = 1; $p = 0,666$); estado civil ($\chi^2 = 2,351$; g. l. = 2; $p = 0,671$); nivel de estudios ($\chi^2 = 2,526$; g. l. = 2; $p = 0,640$); y edad ($F_{(2,121)} = 0,276$ $p = 0,759$).

Tabla 20- Estadísticos descriptivos de las variables demográficas de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento.

Variables	SSA	SCA	LE	Total
Sexo				
Varones	13 (36,1%)	15 (34,1%)	12 (27,3%)	40 (32,3 %)
Mujeres	23 (63,9%)	29 (65,9%)	32 (72,7%)	84 (67,7 %)
Estado civil				
Solteros	20 (55,6%)	23 (52,3%)	20 (45,5%)	63 (50,8%)
Casados/pareja	12 (33,3%)	19 (43,2%)	20 (45,5%)	51 (41,1 %)
Divorciados/ separados	4 (11,1%)	2 (4,5%)	4 (9,1%)	10 (8,1 %)
Nivel de estudios				
Básicos	1 (2,8%)	3 (6,8%)	3 (6,8%)	7 (5,6%)
Medios	9 (25%)	12 (27,3%)	7 (15,9%)	28 (22,6%)
Superiores	26 (72,2%)	29 (65,9%)	34 (77,3%)	89 (71,8%)
Edad				
Rango	20-59	20-53	21-58	20-59
M	35,22	35,05	36,48	35,60
DT	9,70	9,36	10,17	9,70

Nota. M= Media; DT= Desviación típica; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (N=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (N=44); LE = Condición control lista de espera (N=44).

6.1.2. Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo

Los estadísticos descriptivos y los resultados de los ANOVAs de un factor de estas variables clínicas se pueden observar en la Tabla 21. Los datos indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos en ninguna de estas variables antes del tratamiento. Las puntuaciones medias obtenidas en el pre-tratamiento en las escalas OASIS (M= 3,81) y ODSIS (M= 2,71), muestran que los participantes se encontraban dentro del rango de las puntuaciones normativas de la población normal. Lo mismo sucede con el afecto positivo (M=28,78) y el afecto negativo (M=18,45). La puntuación media en el instrumento BDI-II sitúa a la población en el pre-tratamiento en el rango de depresión mínima (M= 9,76), aunque cabe remarcar que existía una variabilidad importante, como muestra la DT (7,34).

Tabla 21- Variables clínicas de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento (OASIS, ODSIS, BDI-II y PANAS).

VD	Condición	M	DT	F	p
OASIS	SSA	4,06	3,65	2,02	0,137
	SCA	4,43	3,66		
	LE	3,00	3,04		
	Total	3,81	3,47		
ODSIS	SSA	2,53	3,16	1,10	0,336
	SCA	3,30	3,52		
	LE	2,27	3,34		
	Total	2,71	3,35		
BDI-II	SSA	9,14	7,66	0,84	0,436
	SCA	10,91	6,96		
	LE	9,11	7,47		
	Total	9,76	7,34		
PANAS +	SSA	29,22	8,72	0,47	0,625
	SCA	27,86	6,91		
	LE	29,34	7,92		
	Total	28,78	7,79		
PANAS -	SSA	18,11	6,85	1,00	0,372
	SCA	19,50	5,95		
	LE	17,68	6,10		
	Total	18,45	6,28		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

6.1.3. Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzos en el entorno, búsqueda de gratificación personal y habilidades de afrontamiento

Los estadísticos descriptivos y los resultados de los ANOVAs de las variables clínicas (PSS, QLI, EROS y EOS) se presentan en la Tabla 22. Los datos indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos para ninguna de estas variables antes del tratamiento, a excepción del PSS ($F_{(2,121)} = 8.53, p < 0,001$). En relación a éste último, los análisis post-hoc (HSD Tukey) revelaron que el grupo control lista de espera se diferenciaba significativamente de las otras dos condiciones experimentales (SSA y SCA), pero que los dos grupos de tratamiento no presentaban diferencias significativas entre sí.

La puntuación media obtenida en el pre-tratamiento en la escala PSS (M= 6,78) sitúa a los participantes dentro del rango de puntuaciones normativas de la población normal. Esto

también sucede con la valoración de su calidad de vida (M= 6,80), así como en la puntuación media obtenida en las escalas EROS (M= 27,74) y EOS (M=29,97).

Tabla 22- Otras variables clínicas de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento (PSS, QLI, EROS y EOS).

VD	Condición	M	DT	F	P
PSS	SSA	5,86	2,74	8,53	0,000
	SCA	6,25	3,24		
	LE	8,07	1,59		
	Total	6,78	2,76		
QLI	SSA	6,96	1,59	0,33	0,722
	SCA	6,72	1,22		
	LE	6,74	1,51		
	Total	6,80	1,43		
EROS	SSA	29,03	5,74	1,47	0,235
	SCA	27,07	5,77		
	LE	27,36	4,71		
	Total	27,74	5,43		
EOS	SSA	31,64	8,47	1,09	0,339
	SCA	29,48	8,21		
	LE	29,09	7,82		
	Total	29,97	8,16		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación Típica; F= Valores de F; p= grado de significación; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute.

En la Tabla 23 se muestran los estadísticos descriptivos y los resultados de los ANOVAs de los factores Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*. Los datos indicaron que no existían diferencias significativas entre los tres grupos experimentales para ninguno de los tres factores.

Tabla 23- Tres factores de la medida BriefCOPE de los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento.

VD	Condición	M	DT	F	p
Brief COPE					
Afrontamiento Cognitivo	SSA	29,25	5,47	2,365	0,098
	SCA	28,32	4,32		
	LE	27,02	4,10		
	Total	28,13	4,66		
Afrontamiento Social	SSA	12,97	4,23	0,595	0,553
	SCA	13,82	3,89		
	LE	13,05	3,76		
	Total	13,30	3,93		
Bloqueo del Afrontamiento	SSA	17,25	3,23	1,057	0,351
	SCA	17,55	2,87		
	LE	16,61	3,11		
	Total	17,13	3,07		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44).

En resumen, los resultados de los análisis pre-tratamiento indican que los tres grupos experimentales que conformaron el estudio no se diferenciaban entre sí antes de la intervención, con la excepción señalada en relación a la variable de la Escala de Estrés Percibido, en la que el grupo control lista de espera presentaba puntuaciones significativamente superiores a las de los dos grupos de intervención.

Diferencias en función del estatus diagnóstico de los participantes

Una vez analizadas las posibles diferencias existentes entre las tres condiciones experimentales que conforman el presente estudio, se llevaron a cabo los oportunos análisis para determinar si antes de la intervención existían diferencias significativas en cada una de las variables clínicas entre aquellos participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante (que les generaba interferencia en sus vidas) (n=91) y aquellos, que además de estar viviendo una situación difícil, cumplían criterios diagnósticos de algún TE (n=33).

Los estadísticos descriptivos y los resultados de los ANOVAs de cada una de las variables clínicas evaluadas se pueden observar en la Tabla 24. Los datos muestran que existían diferencias significativas entre ambos grupos de participantes (presencia de estresor *versus* presencia de estresor más diagnóstico) en todas las variables clínicas analizadas en el pre-tratamiento. Los participantes que, además de estar sufriendo un acontecimiento estresante en su vida, cumplían criterios diagnósticos de un TE, estaban significativamente peor en todas las variables clínicas, con la excepción del afecto negativo, y el factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*. Cabe recalcar que la media de la puntuación en el BDI-II (medida de resultado principal) de los participantes que cumplían los criterios diagnósticos de un TE (M=15) los sitúa dentro del rango de puntuaciones referidas a la depresión leve (14-19). Sin embargo, los que sólo tenían un estresor, están dentro del rango de puntuaciones de depresión mínima (0-13).

Tabla 24- Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVA de las variables analizadas en el pre-tratamiento en todos los participantes, teniendo en cuenta las dos submuestras.

VD	Estatus clínico	M	DT	F	p
OASIS	Estresor	3,04	3,09	19,33	<0,001
	Estresor + Diag.	5,94	3,63		
	Total	3,81	3,47		
ODSIS	Estresor	1,78	2,80	33,12	<0,001
	Estresor + Diag.	5,27	3,47		
	Total	2,71	3,35		
BDI-II	Estresor	7,86	6,34	27,97	<0,001
	Estresor + Diag.	15,00	7,44		
	Total	9,76	7,34		
PANAS +	Estresor	30,07	7,50	9,95	0,002
	Estresor + Diag.	25,24	7,58		
	Total	28,78	7,79		
PANAS -	Estresor	17,89	5,96	2,78	0,098
	Estresor + Diag.	20,00	6,93		
	Total	18,45	6,28		
PSS	Estresor	6,18	2,69	18,90	<0,001
	Estresor + Diag.	6,45	2,25		
	Total	6,78	2,76		
QLI	Estresor	7,10	1,32	17,88	<0,001
	Estresor + Diag.	5,95	1,40		
	Total	6,80	1,43		
EROS	Estresor	29,21	4,84	31,05	<0,001
	Estresor + Diag.	23,70	4,94		
	Total	27,74	5,43		
EOS	Estresor	31,55	7,37	14,25	0,001
	Estresor + Diag.	25,61	8,73		
	Total	29,97	8,16		
Afront. Cogni.	Estresor	28,46	4,59	1,75	0,189
	Estresor + Diag.	27,21	4,82		
	Total	28,13	4,66		
Afront. Social	Estresor	12,87	3,80	4,19	0,043
	Estresor + Diag.	14,48	4,12		
	Total	13,30	3,93		
Bloqueo Afront.	Estresor	16,78	3,08	4,56	0,035
	Estresor + Diag.	18,09	2,84		
	Total	17,13	3,06		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; Estresor= Grupo de participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante en el pre-tratamiento (n=91) ; Estresor + diag.= Grupo de participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante en el pre-tratamiento y cumplían criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n=33); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute; Afront. Cogni.= Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afront. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afront.= Factor Bloqueo de Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

Teniendo en cuenta únicamente a los participantes de los dos grupos de intervención (N=80), en la Tabla 25 se presentan los datos relativos a las diferencias encontradas entre ambas submuestras (presencia de estresor, n= 56; presencia de estresor más diagnóstico, n=24) en el pre-tratamiento. Los resultados del ANOVA de un factor muestran, como era de esperar, que los participantes que cumplían los criterios diagnósticos de un TE estaban significativamente peor en todas las variables analizadas (con la excepción de los tres factores de afrontamiento de la medida *BriefCOPE*).

Tabla 25- Estadísticos descriptivos y resultados de los ANOVA de las variables clínicas analizadas en el pre-tratamiento de los grupos de intervención, teniendo en cuenta las dos submuestras.

VD	Estatus clínico	M	DT	F	p
OASIS	Estresor	3,34	3,32	14,032	<0,001
	Estresor + Diag.	6,42	3,46		
	Total	4,26	3,63		
ODSIS	Estresor	1,95	2,80	20,836	<0,001
	Estresor + Diag.	5,29	3,43		
	Total	2,95	3,36		
BDI-II	Estresor	7,84	6,20	23,255	<0,001
	Estresor + Diag.	15,42	6,97		
	Total	10,11	7,29		
PANAS +	Estresor	30,79	6,77	20,691	<0,001
	Estresor + Diag.	23,08	7,32		
	Total	28,48	7,76		
PANAS -	Estresor	17,27	5,88	13,823	<0,001
	Estresor + Diag.	22,63	5,95		
	Total	18,88	6,37		
PSS	Estresor	5,11	2,75	25,225	<0,001
	Estresor + Diag.	8,33	2,33		
	Total	6,08	3,01		
QLI	Estresor	7,21	1,25	17,324	<0,001
	Estresor + Diag.	5,93	1,30		
	Total	6,83	1,39		
EROS	Estresor	29,71	5,06	21,760	<0,001
	Estresor + Diag.	23,83	5,40		
	Total	27,95	5,81		
EOS	Estresor	32,36	7,58	10,981	0,001
	Estresor + Diag.	26,00	8,51		
	Total	30,45	8,35		
Afront. Cogni.	Estresor	29,32	4,66	2,749	0,101
	Estresor + Diag.	27,38	5,15		
	Total	28,74	4,87		
Afront. Social	Estresor	13,13	3,97	1,117	0,294
	Estresor + Diag.	14,17	4,20		
	Total	13,44	4,04		
Bloqueo Afront.	Estresor	17,02	2,91	3,275	0,074
	Estresor + Diag.	18,33	3,13		
	Total	17,41	3,02		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; Estresor= Grupo de participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante en el pre-tratamiento (n=56) ; Estresor + diag.= Grupo de participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante en el pre-tratamiento y cumplían criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n=24); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute; Afront. Cogni.= Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afront. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afront.= Factor Bloqueo de Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

En resumen, los datos muestran que, tanto teniendo en cuenta a todos los participantes del estudio (N=124), como únicamente a los que conforman los grupos de intervención (N=80), aquellos participantes que además de estar viviendo una situación vital difícil cumplían los criterios diagnósticos de un TE, estaban significativamente peor en el pre-tratamiento.

6.2. EFICACIA DIFERENCIAL DE LAS TRES CONDICIONES EXPERIMENTALES: COMPARACIONES PRE - POST-TRATAMIENTO

Con el fin de comparar la eficacia diferencial de las tres condiciones experimentales del estudio, se llevaron a cabo ANOVAs mixtos 3 (grupo) x 2 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (SSA *versus* SCA *versus* LE) y el factor momento de medidas repetidas (antes *versus* después del tratamiento) para las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y medidas utilizadas. En el caso de la variable PSS, se realizó un ANCOVA debido a las diferencias que se encontraron en esta variable en el pre-tratamiento.

En las tablas que se presentarán a lo largo de este apartado se mostrarán, por un lado, los valores de las medias y las desviaciones típicas de las variables en cada una de las condiciones experimentales. Por otro lado se presentarán los resultados obtenidos con los ANOVAs mixtos indicando los valores de la F, el nivel de significación (p) y el tamaño del efecto (ETA cuadrado parcial) para el efecto grupo, momento e interacción grupo por momento. Se presentan también los tamaños del efecto (ETA cuadrado parcial y d de Cohen) obtenidos en cada una de las medidas en cada uno de los grupos experimentales. Por lo que respecta al tamaño del efecto (d de Cohen), siguiendo las directrices de Cohen (1988) en este estudio nos referiremos a un tamaño del efecto grande cuando el valor obtenido sea superior a 0,80; medio cuando se sitúe alrededor 0,50; y pequeño cuando se encuentre próximo a 0,20. Los resultados de los efectos de la interacción se complementarán con la descripción de las comparaciones por pares obtenidas mediante el análisis post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak.

6.2.1. Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo.

En la Tabla 26 se presentan las medias y las desviaciones típicas de las variables clínicas ansiedad, depresión y afecto positivo y negativo recogidas mediante medidas de autoinforme en el pre y en el post-tratamiento.

Tabla 26- Medias y desviaciones típicas de las principales variables clínicas de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.

VD	Condición	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
		M	DT	M	DT
OASIS	SSA	4,06	3,65	1,92	2,52
	SCA	4,43	3,66	1,66	2,47
	LE	3,00	3,04	3,34	3,77
	Total	3,81	3,47	2,33	3,08
ODSIS	SSA	2,53	3,16	0,86	1,78
	SCA	3,30	3,52	1,43	2,56
	LE	2,27	3,34	2,23	3,57
	Total	2,71	3,35	1,55	2,82
BDI-II	SSA	9,14	7,66	5,03	6,09
	SCA	10,91	6,96	6,16	5,61
	LE	9,11	7,47	8,45	7,32
	Total	9,76	7,34	6,65	6,50
PANAS +	SSA	29,22	8,72	31,31	9,08
	SCA	27,86	6,91	31,61	9,35
	LE	29,34	7,92	29,91	7,58
	Total	28,78	7,79	30,92	8,64
PANAS -	SSA	18,11	6,85	13,81	3,66
	SCA	19,50	5,95	14,14	4,68
	LE	17,68	6,10	17,93	6,80
	Total	18,45	6,28	15,39	5,59

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; n_2p = ETA cuadrado parcial; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

En la Tabla 27 se presentan los ANOVAs llevados a cabo para el OASIS, el ODSIS, el BDI-II, el PANAS + y el PANAS -. Dichos análisis revelaron que el efecto momento fue significativo en todas las variables clínicas. En relación al efecto interacción grupo x momento fue significativo en todas las variables clínicas analizadas exceptuando en el PANAS +. Por lo que respecta al efecto grupo no fue significativo en ninguna de ellas.

Tabla 27- Análisis de varianza de las variables clínicas de ansiedad, estado de ánimo y afecto positivo y negativo de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	n2p
OASIS	0,05	0,955	0,001	26,35	< 0,001	0,179	10,86	< 0,001	0,152
ODSIS	0,72	0,490	0,012	16,62	< 0,001	0,121	4,08	0,019	0,063
BDI-II	0,83	0,437	0,014	35,98	< 0,001	0,229	6,09	0,003	0,091
PANAS +	0,10	0,905	0,002	5,93	0,016	0,047	1,18	0,310	0,019
PANAS -	1,70	0,188	0,027	22,29	< 0,001	0,156	7,10	0,001	0,105

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de la F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

Como podemos observar en la Tabla 28 en el grupo SSA se obtuvo un tamaño del efecto pequeño en el afecto positivo, y un tamaño del efecto medio para el resto de variables: OASIS, ODSIS, BDI-II y PANAS -. Aunque cabe remarcar que en la caso del afecto negativo el tamaño del efecto se sitúa en un valor muy cercano a grande ($d= 0,74$). Por lo que respecta al grupo SCA se obtuvo un tamaño del efecto medio para las variables ODSIS y BDI-II. Aunque en el caso del BDI-II se sitúa en un valor cercano a grande ($d= 0,72$). En este mismo grupo se obtuvo un tamaño del efecto grande para las variables OASIS y PANAS -. En el caso de afecto positivo se obtuvo un tamaño del efecto pequeño, pero es importante señalar que se acerca a moderado ($d= 0,44$). En el grupo control LE, los resultados muestran un tamaño del efecto mínimo o inexistente.

Tabla 28- Tamaños del efecto encontrados en las variables OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS + y PANAS -.

VD	Condición	Tamaño del efecto	
		d de Cohen	n2p
OASIS	SSA	0,65	0,112
	SCA	0,85	0,205
	LE	0,10	0,004
ODSIS	SSA	0,62	0,073
	SCA	0,58	0,107
	LE	0,01	0,000
BDI-II	SSA	0,56	0,128
	SCA	0,72	0,193
	LE	0,09	0,005
PANAS +	SSA	0,22	0,014
	SCA	0,44	0,051
	LE	0,07	0,001
PANAS -	SSA	0,74	0,092
	SCA	0,96	0,161
	LE	0,04	0,000

Nota. n2p= ETA cuadrado parcial; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

El análisis post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak mostró que en la dos condiciones que recibieron la intervención se produjeron diferencias estadísticamente significativas, en comparación con el grupo control lista de espera, del pre al post tratamiento en todas las variables analizadas, con la excepción del afecto positivo. En el grupo SSA había diferencias estadísticamente significativas del pre al post-tratamiento en las variables OASIS ($p < 0,001$), ODSIS ($p = 0,003$), BDI-II ($p < 0,001$) y en el PANAS – ($p = 0,001$). Por lo que respecta al grupo SCA los análisis revelaron también diferencias estadísticamente significativas del pre al post-tratamiento en el OASIS ($p < 0,001$), ODSIS ($p < 0,001$), BDI-II ($p < 0,001$) y en el PANAS – ($p < 0,001$). Esto no sucedió en el grupo control.

Resumiendo, los datos obtenidos en las comparaciones pre-post de las medidas de ansiedad, depresión y afectividad indican que tras la aplicación del tratamiento las puntuaciones de todas las variables analizadas mejoraron significativamente en los dos grupos de intervención (excepto la variable de afecto positivo) sin diferencias significativas entre ellos. Ambos grupos de tratamiento se diferenciaron del grupo control lista de espera, en el que no

se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas del pre al post-tratamiento en ninguna de las variables.

A continuación, en la Figura 13, se presentan gráficamente los resultados obtenidos en las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS + y PANAS -.

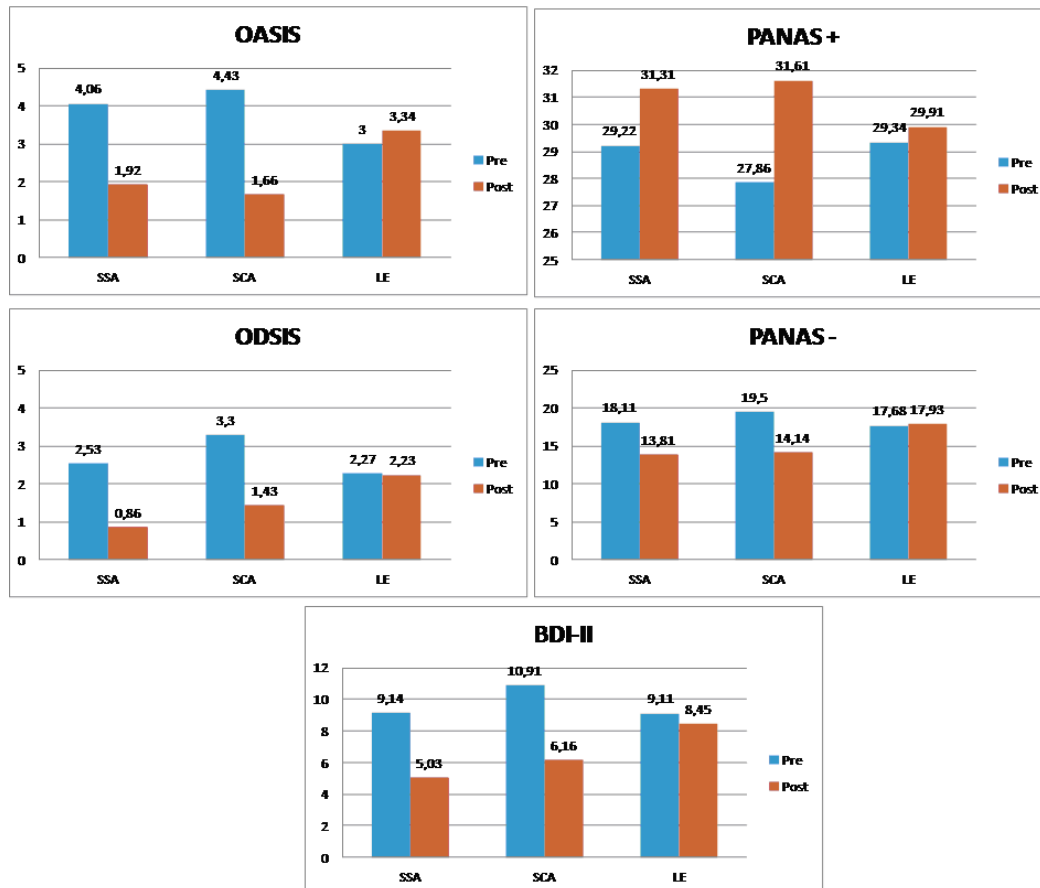


Figura 13- Gráficos de los resultados obtenidos del pre al post-tratamiento en las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS - y PANAS + en los tres grupos experimentales.

6.2.2. Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzo en el entorno, búsqueda de gratificación personal y habilidades de afrontamiento

En la Tabla 29 se presentan las medias y las desviaciones típicas de las variables clínicas analizadas PSS, QLI, EROS y EOS en el pre y en el post-tratamiento en las tres condiciones experimentales.

Tabla 29- Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.

VD	Condición	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
		M	DT	M	DT
PSS	SSA	5,86	2,74	4,78	2,62
	SCA	6,25	3,24	4,86	3,32
	LE	8,07	1,59	8,09	1,70
	Total	6,78	2,76	5,98	3,05
QLI	SSA	6,96	1,59	7,22	1,39
	SCA	6,72	1,22	7,27	1,34
	LE	6,74	1,51	6,90	1,62
	Total	6,80	1,43	7,12	1,46
EROS	SSA	29,03	5,74	31,08	5,75
	SCA	27,07	5,77	30,14	5,37
	LE	27,36	4,71	28,55	5,51
	Total	27,74	5,43	29,85	5,59
EOS	SSA	31,64	8,47	33,97	8,10
	SCA	29,48	8,21	32,82	7,01
	LE	29,09	7,82	29,98	6,55
	Total	29,97	8,16	32,15	7,33

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute.

En la Tabla 30 se presentan las medias, las desviaciones típicas de los tres factores (Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento) de la medida *BriefCOPE*.

Tabla 30- Medias y desviaciones típicas de los factores Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento de la medida BriefCOPE de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.

VD	Condición	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO	
		M	DT	M	DT
Afronta.	SSA	29,25	5,47	30,78	5,53
Cogni.	SCA	28,32	4,32	30,09	4,96
	LE	27,02	4,10	28,41	4,45
	Total	28,13	4,66	29,69	5,02
Afronta.	SSA	12,97	4,23	13,69	3,98
Social	SCA	13,82	3,89	13,82	3,37
	LE	13,05	3,76	13,75	3,95
	Total	13,30	3,93	13,76	3,73
Bloqueo	SSA	17,25	3,23	17,28	3,94
Afronta.	SCA	17,55	2,87	17,43	2,85
	LE	16,61	3,11	17,00	3,17
	Total	17,13	3,07	17,23	3,29

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); Afronta. Cogni.=Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida BriefCOPE; Afronta. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida BriefCOPE; Bloqueo Afronta.= Factor Bloqueo del Afrontamiento de la medida BriefCOPE.

En la Tabla 31 se presentan los ANOVAs llevados a cabo para las variables clínicas: QLI, EROS y EOS. Los análisis mostraron que el efecto momento fue significativo en todas ellas. Sin embargo ni el efecto interacción ni el efecto grupo fueron significativos.

Tabla 31- Análisis de varianza de las variables clínicas: QLI, EROS y EOS de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	n2p
QLI	0,42	0,661	0,007	11,23	0,001	0,085	1,60	0,205	0,026
EROS	1,83	0,165	0,029	25,39	< 0,001	0,173	1,83	0,164	0,029
EOS	1,99	0,141	0,032	25,69	< 0,001	0,175	2,92	0,058	0,046

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute.

En relación a la variable PSS, como se ha referido anteriormente, se realizó un ANCOVA para controlar las diferencias encontradas entre los tres grupos experimentales en el pre-tratamiento. El análisis de covariada indicó que los grupos sí se diferenciaron significativamente entre sí en el post-tratamiento ($F(2, 124) = 11,908; p < 0,001$). El análisis post

hoc de Sidak reveló que los dos grupos de intervención evidenciaron un comportamiento equivalente y ambos se mostraron significativamente distintos al grupo control lista de espera.

Como se puede ver en la Tabla 32 en el grupo SSA se obtuvo un tamaño del efecto pequeño en todas las variables. Aunque en el caso de la variable PSS el valor se acerca a un tamaño del efecto moderado ($d= 0,38$). Por lo que respecta al grupo SCA se obtuvo un tamaño del efecto pequeño en las variables PSS, QLI y EOS. Aunque en los tres casos los valores se acercan a moderados ($d= 0,41$; $0,41$; $0,42$ respectivamente). En la medida EROS se obtuvo un tamaño del efecto medio. En cuanto al grupo control LE, los resultados muestran un tamaño del efecto mínimo en todas las variables, con la excepción de la medida EROS en la que se encontró un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 32- Tamaño del efecto encontrados en las variables: PSS, QLI, EROS y EOS.

VD	Condición	Tamaño del efecto	
		d de Cohen	n ² p
PSS	SSA	0,38	0,057
	SCA	0,41	0,109
	LE	0,01	0,000
QLI	SSA	0,17	0,017
	SCA	0,41	0,089
	LE	0,10	0,008
EROS	SSA	0,34	0,056
	SCA	0,53	0,138
	LE	0,22	0,023
EOS	SSA	0,27	0,066
	SCA	0,42	0,151
	LE	0,12	0,012

Nota. n²p= ETA cuadrado parcial; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute.

En la Tabla 33 se presentan los ANOVAs llevados a cabo para los factores Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*. Los análisis mostraron que ni el efecto grupo ni el efecto interacción fueron significativos en ninguno de los tres factores. Por lo que respecta al efecto momento únicamente fue significativo en el caso del Afrontamiento Cognitivo.

Tabla 33- Análisis de varianza de los factores Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento de la medida BriefCOPE de los tres grupos experimentales en el pre y el post-tratamiento.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	n2p
Afronta. Cogni.	2,98	0,055	0,047	16,92	<0,001	0,123	0,10	0,910	0,002
Afronta. Social	0,24	0,788	0,004	2,56	0,112	0,021	0,67	0,516	0,011
Bloqueo Afronta.	0,63	0,536	0,010	0,18	0,675	0,001	0,42	0,661	0,007

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; Afronta Cogni.= Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afronta. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afronta.= Factor Bloqueo Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

Como se puede observar en la Tabla 34 se obtuvo un tamaño del efecto pequeño en el factor referido al Afrontamiento Cognitivo en los tres grupos experimentales. Aunque en el grupo SCA el valor se acerca a un tamaño del efecto medio ($d= 0,37$). En los otros dos factores de afrontamiento de la medida *BriefCOPE* (Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento) el tamaño del efecto fue mínimo o inexistente en las tres condiciones.

Tabla 34- Tamaño del efecto encontrado en los tres factores de la medida BriefCOPE.

VD	Condición	Tamaño del efecto	
		d de Cohen	n2p
Afronta. Cogni.	SSA	0,26	0,038
	SCA	0,37	0,061
	LE	0,31	0,038
Afronta. Social	SSA	0,17	0,014
	SCA	0,00	0,000
	LE	0,17	0,016
Bloqueo Afronta.	SSA	0,01	0,000
	SCA	0,04	0,001
	LE	0,12	0,008

Nota. VD= Variable dependiente; n2p= ETA cuadrado parcial; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); Afronta Cogni.= Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afronta. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afronta.= Factor Bloqueo Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

Resumiendo, los datos obtenidos en las comparaciones pre-post indican que después de la aplicación del tratamiento las puntuaciones de la variable de estrés percibido mejoraron significativamente en los dos grupos de intervención (sin diferencias significativas entre ellos) en comparación con el grupo control lista de espera, en el que no hubo cambios significativos del pre al post-tratamiento. En el resto de variables clínicas (QLI, EROS, EOS y capacidad de

afrontamiento) no se evidenciaron mejoras estadísticamente significativas del pre al post-tratamiento en los participantes que recibieron la intervención comparados con el grupo control lista de espera.

A continuación, en la Figura 14, se presentan gráficamente los resultados obtenidos en las medidas PSS, QLI, EROS y EOS.

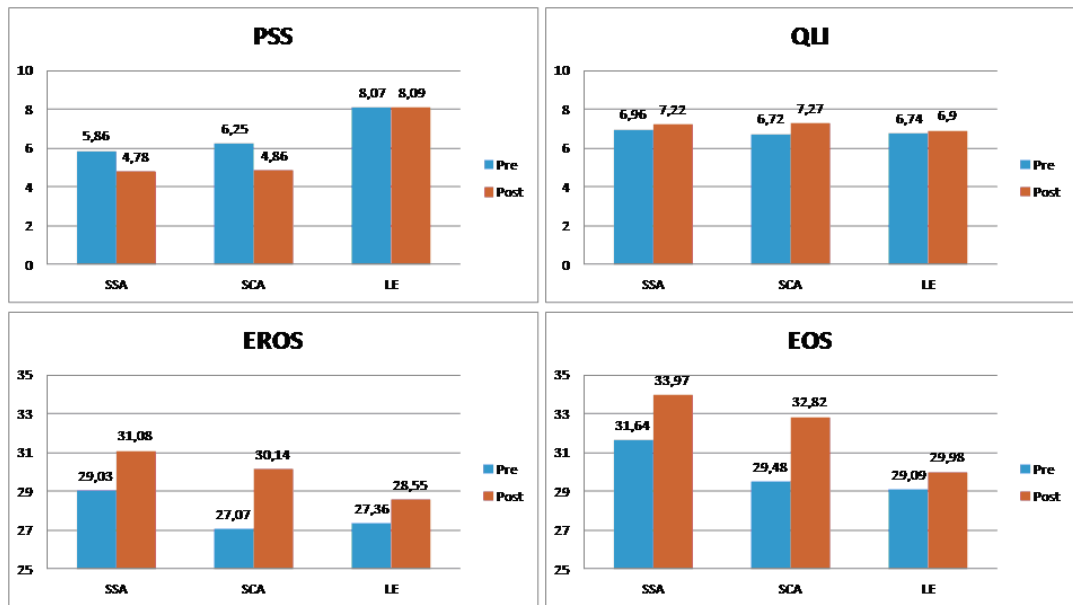


Figura 14- Gráficos de los resultados obtenidos del pre al post-tratamiento en las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS en los tres grupos experimentales.

En la Figura 15 se presentan también de manera gráfica los resultados obtenidos en los tres factores de la medida *BriefCOPE* (Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento).

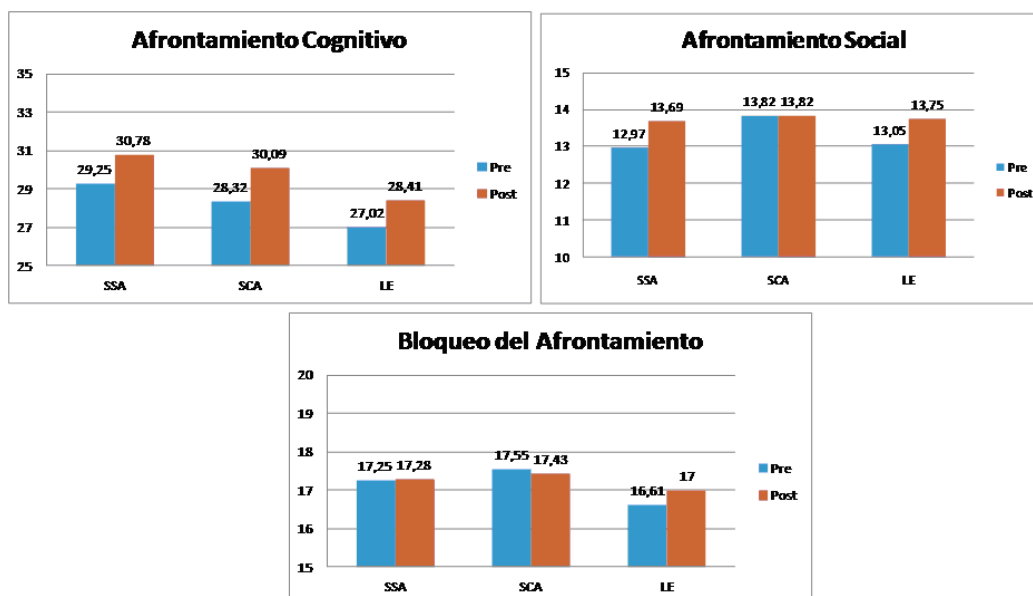


Figura 15- Gráficos de los resultados obtenidos del pre al post-tratamiento en los tres factores de afrontamiento de la medida BriefCOPE en los tres grupos experimentales.

6.3. EVALUACIÓN DEL CAMBIO EN LA INTERFERENCIA CAUSADA POR LOS ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES DEL PRE-TRATAMIENTO AL POST-TRATAMIENTO

En este apartado se van a presentar los resultados referidos a los cambios producidos en la interferencia provocada por los diferentes acontecimientos estresantes (desempleo, otros familiares en desempleo, enfermedad, etc.) que estaban viviendo los participantes del pre al post-tratamiento. Se comparan las puntuaciones obtenidas por los participantes que formaban parte de los grupos de intervención (SCA y SSA) con aquellos que formaron parte del grupo control lista de espera.

Con el fin de realizar dicha comparación, se llevaron a cabo ANOVAs mixtos 2 (grupo) x 2 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (Intervención *versus* LE) y el factor momento de medidas repetidas (antes *versus* después del tratamiento) para las puntuaciones de interferencia (de 1 a 10) de cada uno de los acontecimientos estresantes. Los resultados de los efectos de la interacción se complementarán con la descripción de las comparaciones por pares obtenidas mediante el análisis post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak.

Los análisis se llevaron a cabo con aquellos participantes que en el post-tratamiento todavía estaban viviendo los acontecimientos estresantes señalados en el pre-tratamiento. En la Tabla 35 se muestran el número de participantes que tenían cada uno de los estresores en el pre- tratamiento y los que continuaban viviendo dichos estresores en el post-tratamiento.

Tabla 35- Número de participantes que estaba viviendo los diferentes acontecimientos estresantes en el pre-tratamiento y en el post-tratamiento.

Acontecimiento estresante	N en el pre	N en el post
Desempleo	103	83
Otros familiares en desempleo	79	63
Deudas	59	45
Problemas legales	23	17
Enfermedad (de un familiar o propia)	78	71
Divorcio/separación	15	6
Conflictos (laborales/familiares)	80	59
Otros	38	30

Nota. N en el pre= Número de participantes que estaban viviendo dicho acontecimiento estresante en el pre-tratamiento; N en el post= Número de participantes que estaban viviendo dicho acontecimiento estresante en el post-tratamiento.

A continuación se presentan las medias y las desviaciones típicas de las puntuaciones de interferencia para cada uno de los acontecimientos vitales estresantes, tanto de los participantes que recibieron la intervención como del grupo control lista de espera (Ver Tabla 36).

Tabla 36- Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones en la escala de interferencia referidas por los participantes en el pre y en el post-tratamiento.

VD	Condición	N	Pre		Post	
			M	DT	M	DT
Desempleo	Interv	48	8,33	1,81	4,94	3,53
	LE	35	7,66	1,97	7,38	1,99
	Total	83	8,05	1,90	5,97	3,20
Otros familiares en desempleo	Interv	35	7,04	2,20	3,65	3,06
	LE	28	5,63	2,35	5,98	1,95
	Total	63	6,41	2,36	4,69	2,86
Deudas	Interv	27	6,60	2,72	4,20	3,06
	LE	18	5,20	2,05	5,15	2,16
	Total	45	6,04	2,54	4,58	2,75
Problemas legales	Interv	10	5,68	2,96	4,60	3,60
	LE	7	4,86	3,19	4,21	1,86
	Total	17	5,34	2,99	4,44	2,94
Enfermedad (de un familiar o propia)	Interv	45	6,41	2,36	4,23	3,08
	LE	26	6,04	2,65	6,03	2,38
	Total	71	6,27	2,46	4,89	2,96
Divorcio/separación	Interv	4	5,28	2,25	1,68	0,86
	LE	2	5,95	3,18	5,95	3,18
	Total	6	5,50	2,28	3,10	2,71
Conflictos (laborales/familiares)	Interv	30	6,48	2,25	4,23	2,99
	LE	29	5,75	2,14	6,14	2,09
	Total	59	6,12	2,21	5,16	2,74
Otros	Interv	20	8,20	3,66	4,90	5,31
	LE	10	6,50	2,07	7,90	4,91
	Total	30	7,63	3,26	5,90	5,29

Nota. VD= Variable dependiente; Pre= Datos en el pre-tratamiento; Post= Datos en el post-tratamiento; Interv= Grupo que recibió la intervención, LE= Grupo control lista de espera.

En la Tabla 37 se presentan los resultados de los ANOVAs llevados a cabo para cada uno de los acontecimientos estresantes tenidos en cuenta en el estudio. Dichos análisis indicaron que el efecto grupo no se mostró significativo en ninguna de las variables, mientras que el efecto momento fue significativo para todos los estresores (excepto para los problemas legales, divorcio/separación u otros). En relación al efecto interacción, también fue significativo para todas las variables con la excepción de: problemas legales y divorcio/separación.

Tabla 37- Análisis de varianza de la interferencia provocada por los diferentes estresores del pre al post-tratamiento.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	n2p
Desempleo	3,35	0,071	0,040	45,91	<0,001	0,362	32,87	<0,001	0,289
Otros fami. Desem.	0,82	0,370	0,013	17,97	<0,001	0,228	27,30	<0,001	0,309
Deudas	0,11	0,742	0,003	8,85	0,005	0,171	8,14	0,007	0,159
Prob. Legales	0,12	0,662	0,013	1,78	0,202	0,106	0,12	0,740	0,008
Enfer (fami. o prop.)	1,52	0,222	0,021	13,01	0,001	0,159	12,86	0,001	0,157
Div./sep.	2,41	0,196	0,376	3,28	0,114	0,451	3,28	0,114	0,451
Conflictos (fami. /labora.)	1,14	0,289	0,020	10,20	0,002	0,152	20,46	<0,001	0,264
Otros	0,22	0,646	0,008	1,08	0,308	0,037	6,60	0,016	0,191

Nota. VD= Variable dependiente; Otros fami. desem.= Otros familiares en desempleo; Prob. legales= Problemas legales; Enfer (fami. o prop.)= Enfermedad de un familiar o propia; Div./sep.= Divorcio/separación; Conflictos (fami./labora.)= Conflictos familiares/laborales.

El análisis post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak mostró que en el grupo de intervención se redujo significativamente la interferencia provocada por el desempleo ($p < 0,001$), por el hecho de que otros familiares estén en desempleo ($p < 0,001$), por tener deudas ($p < 0,001$), por el hecho de padecer una enfermedad (o un familiar) ($p < 0,001$), por estar viviendo conflictos (laborales/familiares) ($p < 0,001$) o por otros acontecimientos diferentes a los anteriores ($p = 0,004$). En cambio en el grupo control lista de espera no se redujo significativamente la interferencia en ninguna de estas variables: desempleo ($p = 0,495$), otros familiares en desempleo ($p = 0,511$), deudas ($p = 0,938$), enfermedad (propia o de un familiar) ($p = 0,990$), conflictos (familiares/laborales) ($p = 0,355$) u otros acontecimientos diferentes a los anteriores ($p = 0,357$).

Resumiendo, los datos obtenidos en las comparaciones pre-post de la interferencia provocada por los diferentes estresores indican que, en los participantes que realizaron la intervención la interferencia percibida se redujo significativamente (excepto en el caso de los problemas legales y divorcio/separación amistosa) en comparación con el grupo control lista de espera.

A continuación se presenta de manera gráfica la evolución de la interferencia provocada por los diferentes acontecimientos estresantes (Ver Figura 16).

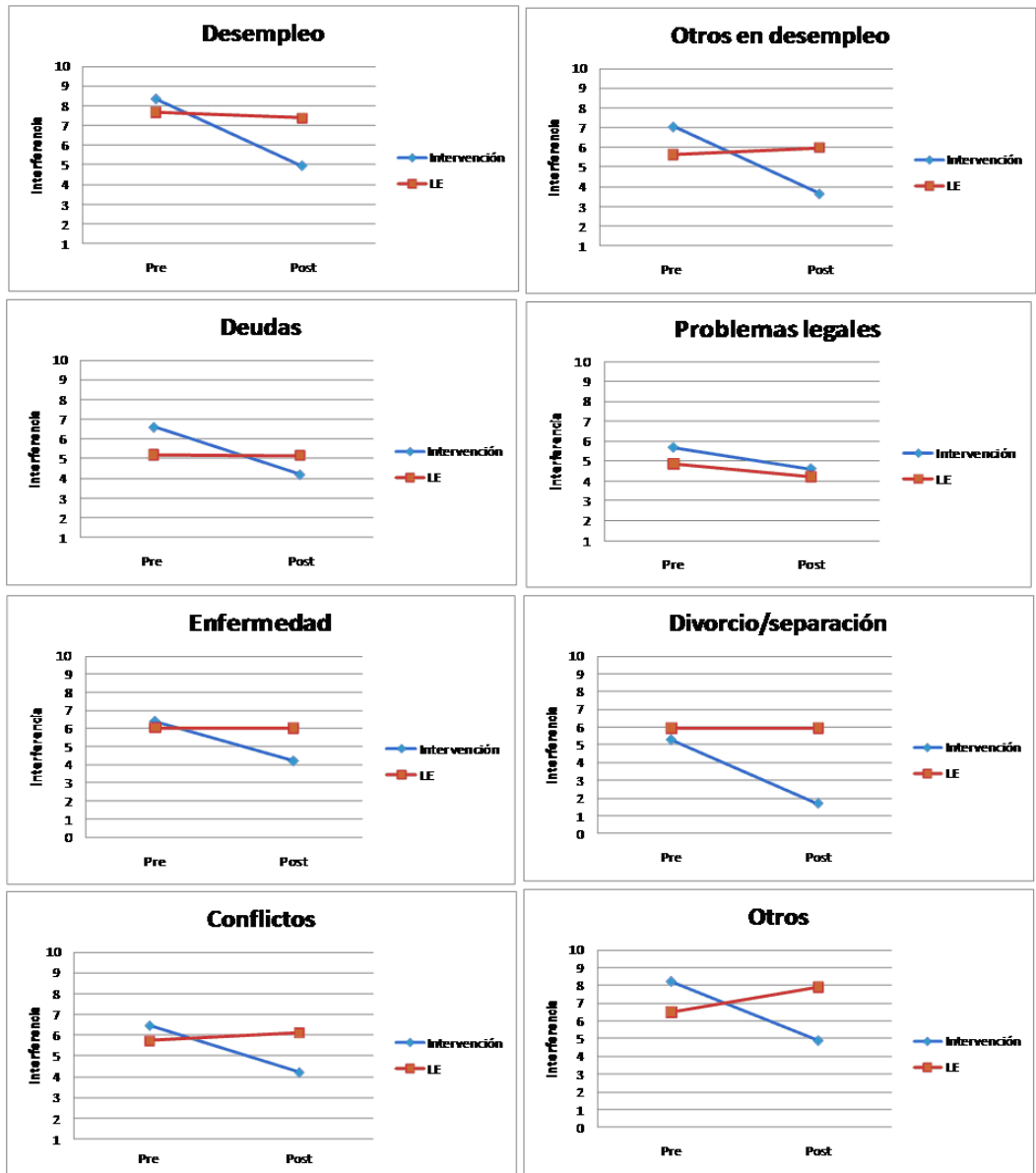


Figura 16- Gráficos que muestran las puntuaciones obtenidas del pre al post-tratamiento en relación a la interferencia causada por los diferentes acontecimientos estresantes.

6.4. EFICACIA DIFERENCIAL DE LOS DOS GRUPOS DE INTERVENCIÓN EN LOS DISTINTOS MOMENTOS DE EVALUACIÓN: Pre- tratamiento, post-tratamiento y seguimientos

Una vez analizados los resultados de las 3 condiciones experimentales, y analizados los resultados de los grupos de tratamiento frente al grupo control, pasamos a mostrar la comparación entre ambos grupos de intervención a lo largo del tratamiento y en los seguimientos. La comparación de la eficacia diferencial de ambos grupos se llevará a cabo mediante ANOVAs mixtos 2 (grupo) x 4 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (SSA versus SCA) y el factor momento de medidas repetidas (antes *versus* después *versus* seguimiento 3 *versus* seguimiento 6) para las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y medidas utilizadas. El análisis de la evolución de las puntuaciones en el tiempo se complementará con la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento. Finalmente, se ofrecerá una representación gráfica de la evolución de cada una de las variables clínicas analizadas.

6.4.1. Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo.

Las medias y las desviaciones típicas presentadas por los participantes en las medidas clínicas de ansiedad, estado de ánimo y afecto positivo y negativo evaluadas en el estudio se presentan en la Tabla 38.

Tabla 38- Medias y desviaciones típicas de las variables de ansiedad, estado de ánimo y afectividad en el pre, post y seguimientos.

VD	Condi	PRE-TRAT		POST-TRAT		SEG. 3		SEG. 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
OASIS	SSA	4,06	3,65	1,92	2,52	2,08	2,41	2,58	3,01
	SCA	4,43	3,66	1,66	2,47	2,18	2,80	2,57	2,91
	Total	4,26	3,63	1,78	2,48	2,14	2,61	2,58	2,94
ODSIS	SSA	2,53	3,16	0,86	1,78	0,86	1,66	1,56	2,76
	SCA	3,30	3,52	1,43	2,56	1,93	3,04	1,98	2,85
	Total	2,95	3,36	1,18	2,24	1,45	2,56	1,79	2,80
BDI-II	SSA	9,14	7,66	5,03	6,09	5,36	5,97	6,50	7,26
	SCA	10,91	6,96	6,16	5,61	6,16	6,47	6,09	6,40
	Total	10,11	7,29	5,65	5,82	5,80	6,22	6,28	6,76
PANAS +	SSA	29,22	8,72	31,31	9,08	31,31	9,12	30,44	8,39
	SCA	27,86	6,91	31,61	9,35	32,32	9,28	32,20	8,47
	Total	28,48	7,76	31,48	9,18	31,86	9,16	31,41	8,42
PANAS -	SSA	18,11	6,85	13,81	3,66	14,31	3,90	15,25	5,07
	SCA	19,50	5,95	14,14	4,68	15,50	5,51	15,75	5,50
	Total	18,88	6,37	13,99	4,23	14,96	4,86	15,53	5,28

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

Como se puede observar en la Tabla 39, los resultados de los ANOVAs muestran que el efecto momento fue significativo en todos los casos, sin embargo ni el efecto interacción ni el efecto grupo fueron significativos en ninguna de las variables analizadas.

Los resultados de la aplicación de la prueba post-hoc de Sidak aplicada al efecto momento indicaron que la mejoría significativa obtenida en el post-tratamiento se mantuvo hasta los seguimientos de los tres y los seis meses en las variables clínicas ODSIS y BDI-II. En el caso de la medida OASIS la mejoría obtenida en el post-tratamiento se mantuvo hasta el seguimiento de los 3 meses. Sin embargo, las puntuaciones empeoraron significativamente del post-tratamiento al seguimiento de los 6 meses. Aunque es importante destacar que estas se mantienen en relación al seguimiento de los 3 meses y aunque aumentan, siguen estando por debajo de las referidas en el pre-tratamiento. En el caso del afecto positivo (PANAS +) en el que, como se ha referido anteriormente, no se produjeron mejoras estadísticamente significativas en el post-tratamiento en comparación con el grupo control lista de espera, al analizar sólo la evolución de los dos grupos de intervención, sí que se observan diferencias

significativas del pre al post-tratamiento ($p=0,016$) y estas se mantienen en los seguimientos de los 3 y los 6 meses. En referencia al afecto negativo la mejoría obtenida en el post-tratamiento no se mantuvo en los seguimientos, aumentando significativamente las puntuaciones del post al seguimiento de los 3 meses ($p=0,016$) y del post al seguimiento de los 6 meses ($p=0,010$). Aunque, cabe recalcar que estas puntuaciones siguen también siendo inferiores a las obtenidas por los participantes en el pre-tratamiento y del seguimiento a los 3 meses al seguimiento a los 6 meses no aumentaron significativamente.

En cuanto a la comparación de ambos grupos en cada uno de los momentos de evaluación no se observó ninguna diferencia entre ellos a lo largo del tiempo.

Tabla 39- Análisis de varianza de las variables de ansiedad, estado de ánimo y afectividad de los dos grupos de intervención en el pre, post y seguimientos.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	n2p
OASIS	0,01	0,925	0,000	22,92	< 0,001	0,222	0,33	0,807	0,004
ODSIS	2,19	0,143	0,027	11,64	< 0,001	0,130	0,38	0,771	0,005
BDI-II	0,42	0,521	0,005	24,01	< 0,001	0,235	1,15	0,330	0,015
PANAS +	0,06	0,798	0,001	6,903	< 0,001	0,081	1,35	0,260	0,017
PANAS -	0,78	0,380	0,010	28,87	< 0,001	0,270	0,44	0,728	0,006

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

Por su parte, las gráficas que muestran la evolución de estas variables clínicas relevantes analizadas en el estudio pueden observarse a continuación en la Figura 17.

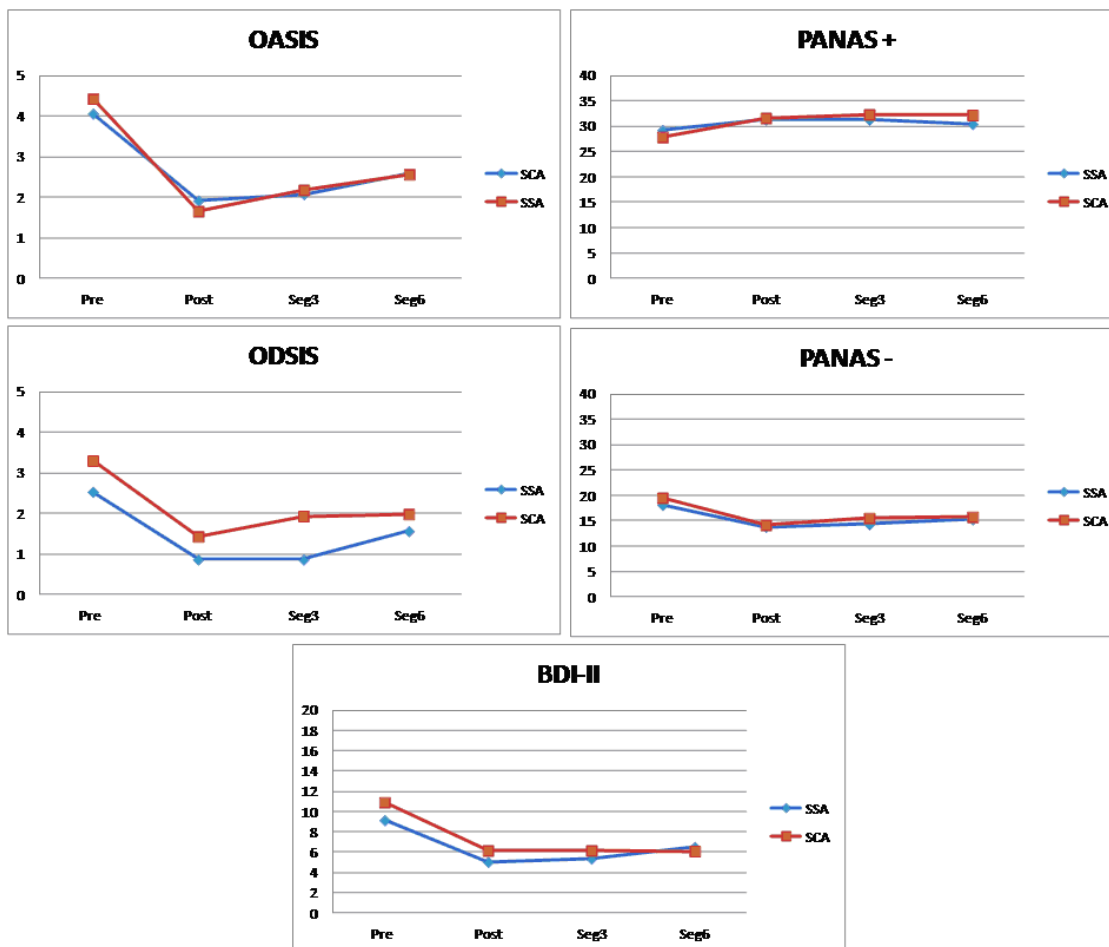


Figura 17- Evolución de las variables de ansiedad, estado de ánimo y afectividad en el pre, post y seguimientos.

En resumen, los resultados obtenidos a partir de la comparación de los dos grupos que realizaron el programa de intervención, indican que tras el tratamiento ambos grupos mejoraron de forma significativa en todas estas variables medidas, sin observarse diferencias significativas entre ellos. Las mejoras obtenidas en ambos grupos se mantuvieron a lo largo de los seguimientos llevados a cabo, con la excepción de la medida OASIS, cuyas puntuaciones sí se mantuvieron del post-tratamiento al seguimiento de los 3 meses, pero no del post-tratamiento al seguimiento de los 6 meses, y el afecto negativo que aumentó significativamente del post-tratamiento a los seguimientos, aunque sin llegar a las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento.

6.4.2. Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzos en el entorno, búsqueda de gratificación personal y habilidades de afrontamiento

Las medias y las desviaciones típicas presentadas por los participantes en las medidas clínicas de estrés percibido, calidad de vida, refuerzos ambientales y búsqueda de gratificación personal se muestran en la Tabla 40.

Tabla 40- Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas PSS, QLI, EROS Y EOS en el pre, post y seguimientos.

VD	Condi	PRE-TRAT		POST-TRAT		SEG. 3		SEG. 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
PSS	SSA	5,86	2,74	4,78	2,62	4,75	2,60	4,86	3,11
	SCA	6,25	3,24	4,86	3,32	4,93	3,32	4,59	2,99
	Total	6,08	3,01	4,83	3,01	4,85	2,10	4,71	3,03
QLI	SSA	6,96	1,59	7,22	1,39	7,34	1,460	7,07	1,61
	SCA	6,72	1,22	7,27	1,34	7,34	1,394	7,34	1,49
	Total	6,83	1,39	7,25	1,36	7,34	1,415	7,22	1,54
EROS	SSA	29,03	5,74	31,08	5,75	30,36	5,58	30,72	6,23
	SCA	27,07	5,77	30,14	5,37	29,39	5,72	29,41	5,38
	Total	27,95	5,81	30,56	5,53	29,83	5,64	30,00	5,77
EOS	SSA	31,64	8,47	33,97	8,10	32,33	8,55	33,14	8,41
	SCA	29,48	8,21	32,82	7,01	31,98	7,75	32,14	7,93
	Total	30,45	8,35	33,34	7,50	32,14	8,07	32,59	8,11

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute.

Como se puede observar en la Tabla 41, los resultados de los ANOVAs muestran que ni el efecto grupo ni el efecto interacción fueron significativos en ninguna de las variables analizadas. En cambio, el efecto momento sí fue significativo en todas ellas.

Los resultados de la aplicación de la prueba post-hoc de Sidak aplicada al efecto momento indicaron que la mejoría obtenida en el post-tratamiento se mantuvo hasta el seguimiento de los tres meses y el seguimiento de los 6 meses en las medidas PSS, QLI y EROS. En el caso de la medida EOS, aunque las puntuaciones se redujeron significativamente del post-tratamiento al seguimiento de los 3 meses ($p= 0,024$), cabe recalcar que en el seguimiento de los 6 meses dichas puntuaciones mejoran no observándose diferencias significativas entre las

puntuaciones obtenidas en el post-tratamiento y las obtenidas en el seguimiento de los 6 meses.

Tabla 41- Análisis de varianza de las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS de los dos grupos de intervención en el pre, post y seguimientos.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	n2p
PSS	0,03	0,874	0,000	12,36	< 0,001	0,137	0,59	0,624	0,007
QLI	0,05	0,945	0,000	6,06	0,001	0,072	1,37	0,252	0,017
EROS	1,34	0,251	0,017	10,01	< 0,001	0,114	0,45	0,718	0,006
EOS	0,49	0,485	0,006	8,97	< 0,001	0,103	0,87	0,458	0,011

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute.

En la Tabla 42 se muestran las medias y desviaciones típicas de las 3 subescalas del BriefCOPE.

Tabla 42- Medias y desviaciones típicas de los tres factores de la medida BriefCOPE en el pre, post y seguimientos.

VD	Condi	PRE-TRAT		POST-TRAT		SEG. 3		SEG. 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Afronta.	SSA	29,25	5,47	30,78	5,53	30,42	5,43	30,06	5,65
Cogni.	SCA	28,32	4,32	30,09	4,96	29,89	5,19	29,20	4,63
	Total	28,13	4,66	29,69	5,02	30,13	5,27	29,59	5,10
Afronta.	SSA	12,97	4,23	13,69	3,98	13,56	3,84	13,28	4,26
Social	SCA	13,82	3,89	13,82	3,37	13,45	3,55	13,70	3,68
	Total	13,30	3,93	13,76	3,73	13,50	3,66	13,51	3,93
Bloqueo	SSA	17,25	3,23	17,28	3,94	17,69	4,06	17,47	3,94
Afronta.	SCA	17,55	2,87	17,43	2,85	17,59	2,93	16,89	3,19
	Total	17,13	3,07	17,23	3,29	17,64	3,46	17,15	3,54

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); LE = Condición control lista de espera (n=44); Afronta. Cogni.=Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afronta. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afronta.= Factor Bloqueo del Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

Como se puede observar en la Tabla 43, los resultados de los ANOVAs muestran que ni el efecto grupo ni el efecto interacción fueron significativos en ninguna de las tres variables referidas al afrontamiento. Por lo que respecta al efecto momento, únicamente fue significativo en la variable Afrontamiento Cognitivo. Los resultados de la aplicación de la prueba post-hoc de Sidak aplicada al efecto momento indicaron que la mejoría significativa

obtenida en el post-tratamiento en dicho afrontamiento cognitivo ($p=0,007$) se mantuvo hasta los seguimientos de los 3 y 6 meses.

Tabla 43- Análisis de varianza de los tres factores de la medida BriefCOPE de los dos grupos de intervención en el pre, post y seguimientos.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	N2p	F	p	n2p	F	p	n2p
Afronta.Cogni.	0,55	0,459	0,007	5,01	0,002	0,060	0,08	0,973	0,001
Afronta.Social	0,18	0,677	0,002	0,49	0,690	0,006	0,86	0,460	0,011
BloqueoAfronta.	0,01	0,927	0,000	0,74	0,529	0,009	0,76	0,516	0,010

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; Afronta. Cogni.=Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afronta. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afronta.= Factor Bloqueo del Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

Por su parte, las gráficas que muestran la evolución de estas variables clínicas analizadas en el estudio pueden observarse a continuación en la Figura 18.

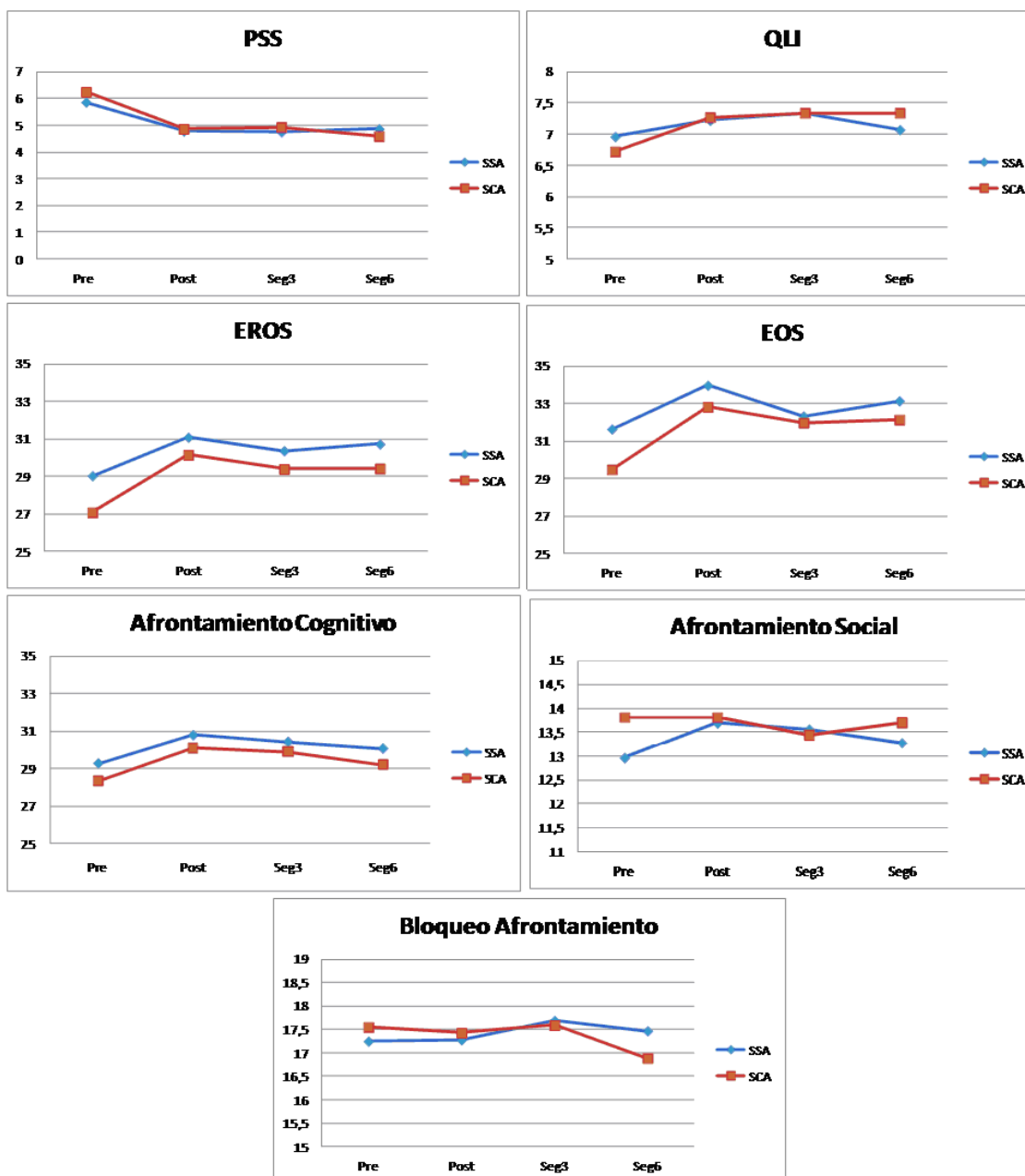


Figura 18- Evolución de las variables clínicas PSS, QLI, EROS, EOS y afrontamiento en el pre, post y seguimientos.

En resumen, las medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzos en el entorno y búsqueda de gratificación personal mejoraron significativamente en el post-tratamiento (sin diferencias significativas entre los dos grupos de intervención) y estas mejoras se mantuvieron hasta el seguimiento de los 6 meses. Aunque, como hemos visto en el caso de la variable EOS, las puntuaciones empeoraron en el seguimiento de los tres meses en relación

al post-tratamiento, estas seguían siendo inferiores a las obtenidas en el pre y, como se ha referido anteriormente, no se encontraron diferencias significativas entre la evaluación post-tratamiento y la evaluación realizada a los 6 meses.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento los resultados muestran mejoras estadísticamente significativas del pre al post-tratamiento en el afrontamiento cognitivo, sin diferencias entre los dos grupos de intervención. Dicha mejoría obtenida se mantiene hasta el seguimiento tanto de los 3 meses como de los 6 meses.

Diferencias en función del estatus diagnóstico de los participantes.

Una vez presentados los resultados obtenidos en ambos grupos de intervención (N=80), y con la evidencia de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ellos en ninguna de las variables clínicas evaluadas, en este apartado se comparan los resultados obtenidos por aquellos participantes que cumplían los criterios diagnósticos de algún TE y, además, estaban viviendo un acontecimiento negativo/estresante (n= 24) y aquellos que estaban sufriendo un acontecimiento negativo/estresante pero no cumplían criterios diagnósticos de ningún TE (n= 56).

La comparación entre ambas submuestras se llevará a cabo mediante ANOVAs mixtos 2 (grupo) x 4 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (estresor *versus* estresor + diagnóstico) y el factor momento de medidas repetidas (antes *versus* después *versus* seguimiento 3 *versus* seguimiento 6) para las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y medidas utilizadas.

En la Tabla 44 se muestran las medias y desviaciones típicas de las variables clínicas de los participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante y los que además de un acontecimiento negativo cumplían criterios diagnósticos de algún TE.

Tabla 44- Medias y desviaciones típicas de todas las variables clínicas evaluadas en las dos submuestras en el pre, post y seguimientos.

VD	Estatus clínico	PRE-TRAT		POST-TRAT		SEG. 3		SEG. 6	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
OASIS	Estresor	3,34	3,32	1,25	2,24	1,66	2,36	1,84	2,42
	Estresor + Diag.	6,42	3,46	3,00	2,62	3,25	2,88	4,29	3,34
	Total	4,26	3,63	1,78	2,48	2,14	2,61	2,58	2,94
ODSIS	Estresor	1,95	2,80	0,82	1,95	1,09	2,07	1,05	2,20
	Estresor + Diag.	5,29	3,43	2,00	2,69	2,29	3,34	3,50	3,34
	Total	2,95	3,36	1,18	2,24	1,45	2,56	1,79	2,80
BDI-II	Estresor	7,84	6,20	4,68	4,85	4,82	5,21	4,70	5,24
	Estresor + Diag.	15,42	6,97	7,92	7,24	8,08	7,78	9,96	8,41
	Total	10,11	7,29	5,65	5,82	5,80	6,22	6,28	6,76
PANAS +	Estresor	30,79	6,77	32,57	8,13	32,82	8,09	32,59	7,84
	Estresor + Diag	23,08	7,32	28,92	11,01	29,63	11,14	28,67	9,25
	Total	28,48	7,76	31,48	9,18	31,86	9,16	31,41	8,43
PANAS -	Estresor	17,27	5,88	12,75	3,15	13,80	4,04	13,91	3,97
	Estresor + Diag	22,63	5,95	16,88	5,03	17,67	5,56	19,29	6,10
	Total	18,88	6,37	13,99	4,23	14,96	4,86	15,53	5,28
PSS	Estresor	5,11	2,75	4,23	2,71	4,34	2,70	4,05	2,69
	Estresor + Diag	8,33	2,33	6,21	3,27	6,03	3,37	6,25	3,26
	Total	6,08	3,01	4,83	3,01	4,85	3,00	4,71	3,03
QLI	Estresor	7,21	1,25	7,48	1,28	7,51	1,37	7,52	1,51
	Estresor + Diag	5,93	1,30	6,69	1,39	6,95	1,47	6,51	1,40
	Total	6,83	1,39	7,25	1,36	7,34	1,42	7,22	1,54
EROS	Estresor	29,71	5,06	31,52	4,98	30,95	4,97	31,30	5,30
	Estresor + Diag	23,83	5,40	28,33	6,20	27,21	6,32	26,96	5,79
	Total	27,95	5,81	30,56	5,53	29,83	5,64	30,00	5,77
EOS	Estresor	32,36	7,58	34,16	6,79	33,13	7,43	33,93	7,63
	Estresor + Diag	26,00	8,51	31,42	8,78	29,83	9,14	29,46	8,48
	Total	30,45	8,35	33,34	7,50	32,14	8,07	32,59	8,11
Afronta Cogni.	Estresor	29,32	4,66	30,27	5,15	30,00	4,85	29,77	4,90
	Estresor + Diag	27,38	5,15	30,71	5,43	30,42	6,26	29,17	5,63
	Total	28,74	4,87	30,40	5,20	30,13	5,27	29,59	5,10
Afronta. Social	Estresor	13,13	3,97	13,29	3,58	13,29	3,73	13,25	3,92
	Estresor + Diag	14,17	4,20	14,88	3,59	14,00	3,51	14,13	3,96
	Total	13,44	4,04	13,76	3,63	13,50	3,66	13,51	3,93
Bloqueo Afronta.	Estresor	17,02	2,91	17,07	2,76	17,45	3,19	16,66	3,11
	Estresor + Diag	18,33	3,13	18,04	4,46	18,08	4,06	18,29	4,24
	Total	17,41	3,02	17,36	3,36	17,64	3,46	17,15	3,54

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; Estresor= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante (n= 56); Estresor + Diag.= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante y cumplía criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n= 24); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute; Afronta Cogni.= Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afronta. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afronta.= Factor Bloqueo Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

Como se puede observar en la Tabla 45, los resultados de los ANOVAs muestran que el efecto momento fue significativo en todas las variables analizadas (con la excepción del Afrontamiento social y el Bloqueo del Afrontamiento). Por lo que respecta al efecto grupo fue significativo en todas las variables, exceptuando los tres factores de afrontamiento. En relación al efecto interacción fue significativo en las variables ODSIS, BDI-II, PSS y EOS.

Tabla 45- Análisis de varianza de todas las variables clínicas evaluadas en las dos submuestras en el pre, post y seguimientos.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	N2p	F	p	n2p	F	p	n2p
OASIS	18,00	<0,001	0,187	24,59	<0,001	0,240	1,91	0,155	0,024
ODSIS	18,71	<0,001	0,193	16,50	<0,001	0,175	4,72	0,010	0,057
BDI-II	14,34	0,001	0,155	30,80	<0,001	0,283	5,19	0,005	0,062
PANAS +	6,99	0,010	0,082	10,30	<0,001	0,117	2,83	0,053	0,035
PANAS -	26,38	<0,001	0,253	27,87	<0,001	0,263	0,89	0,413	0,011
PSS	14,17	<0,001	0,154	15,92	<0,001	0,170	3,00	0,036	0,057
QLI	10,00	0,002	0,114	8,74	<0,001	0,101	2,55	0,068	0,032
EROS	14,40	<0,001	0,156	12,99	<0,001	0,143	2,38	0,078	0,030
EOS	5,80	0,018	0,069	12,56	<0,001	0,139	3,49	0,024	0,043
Afronta Cogni.	0,14	0,701	0,002	7,62	<0,001	0,089	2,65	0,057	0,033
Afronta. Social	1,61	0,209	0,020	0,78	0,472	0,010	0,63	0,551	0,008
Bloqueo Afronta.	2,68	0,106	0,033	0,28	0,840	0,004	0,80	0,498	0,010

Nota. VD= Variable dependiente; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute; Afronta Cogni.= Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afronta. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afronta.= Factor Bloqueo Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

Los resultados de la aplicación de la prueba post-hoc de Sidak aplicada al efecto momento indicaron que la mejoría obtenida en el post-tratamiento se mantuvo tanto hasta el seguimiento de los 3 meses como hasta el de los 6 meses en las medidas: PANAS +, QLI, EROS y Afrontamiento cognitivo. En la medida OASIS los resultados obtenidos en el post-tratamiento se mantuvieron hasta el seguimiento de los 3 meses aunque no hasta el seguimiento de los 6 meses. Sin embargo las puntuaciones siguen siendo inferiores a las obtenidas en el pre-tratamiento. Además, se mantienen estables del seguimiento de los 3 meses al de los 6 meses. En cuanto al PANAS – las mejoras obtenidas en el post-tratamiento no se mantienen hasta el seguimiento de los tres meses, ni hasta el de los de los 6 meses, aunque en este caso las puntuaciones también siguen siendo inferiores a las obtenidas en el pre-tratamiento. Además se mantienen estables del seguimiento de los 3 meses al de los 6 meses.

En relación a las variables en las que se ha encontrado efecto interacción: en la medida ODSIS, los participantes que cumplen criterios diagnósticos de un TE mejoran significativamente del pre al post-tratamiento ($p < 0,001$), en comparación con los que únicamente estaban viviendo un estresor que no lo hacen ($p = 0,079$). La mejora significativa obtenida en la submuestra de participantes que cumple los criterios de un TE se mantiene del post-tratamiento hasta el seguimiento de los 3 meses, pero no hasta el seguimiento de los 6 meses ($p < 0,009$), ya que las puntuaciones aumentan significativamente (aunque sin llegar a las que presentaban en el pre-tratamiento). Las puntuaciones aumentan significativamente del seguimiento de los 3 al de los 6 meses ($p = 0,026$), pero también en este caso sin llegar a las puntuaciones presentadas en el pre.

En cuanto a la variable BDI-II las dos submuestras mejoraron significativamente del pre al post-tratamiento, pero, tal y como reflejan las puntuaciones medias, el grupo de participantes que cumplen los criterios diagnósticos de un TE se beneficia más del programa de intervención que el grupo que únicamente está viviendo un acontecimiento estresante. Los beneficios obtenidos en el BDI-II en el post-tratamiento se mantienen hasta el seguimiento de los 3 y los 6 meses en ambas submuestras.

En relación a la medida PSS, los participantes que cumplen criterios diagnósticos de un TE mejoran significativamente del pre al post-tratamiento ($p = 0,001$), en comparación con los que únicamente estaban viviendo un estresor ($p = 0,090$). La mejora significativa obtenida en la submuestra de participantes que cumple los criterios de un TE se mantiene hasta los seguimientos de los 3 y los 6 meses.

En cuanto a la medida EOS, las dos submuestras mejoraron significativamente del pre al post-tratamiento, pero, al igual que en la medida BDI-II, el grupo de participantes que cumplen los criterios diagnósticos de un TE se beneficia más del programa de intervención que el grupo que únicamente está viviendo un acontecimiento estresante. Los beneficios obtenidos en la medida EOS en el post-tratamiento se mantienen hasta el seguimiento de los 3 y los 6 meses en ambas submuestras.

Como se puede ver en la Tabla 46 en el grupo de participantes que únicamente estaban viviendo un estresor se obtuvo un tamaño del efecto medio en las variables OASIS, ODSIS, BDI-II y PANAS -. En el resto de variables se obtuvo un tamaño del efecto pequeño. En cuanto a los participantes que además de estar viviendo el acontecimiento estresante cumplían criterios

diagnósticos de un TE, se obtuvo un tamaño del efecto grande en las medidas OASIS, ODSIS, BDI-II y PANAS -. Se encontró un tamaño del efecto medio en el afecto positivo, la variable PSS, la variable QLI, EROS, EOS y Afrontamiento Cognitivo. Por último, en el Afrontamiento Social y en el Bloqueo del Afrontamiento se obtuvo un tamaño del efecto pequeño.

Tabla 46- Tamaño del efecto encontrado del pre al post-tratamiento en las variables evaluadas en las dos sub muestras.

VD	Grupo	Tamaño del efecto	
		d de Cohen	n ² p
OASIS	Estresor	0,71	0,207
	Estresor + Diag.	1,03	0,276
ODSIS	Estresor	0,45	0,084
	Estresor + Diag.	0,99	0,266
BDI-II	Estresor	0,55	0,177
	Estresor + Diag.	0,98	0,365
PANAS +	Estresor	0,23	0,043
	Estresor + Diag	0,58	0,164
PANAS -	Estresor	0,93	0,307
	Estresor + Diag	0,96	0,252
PSS	Estresor	0,31	0,138
	Estresor + Diag	0,69	0,268
QLI	Estresor	0,21	0,046
	Estresor + Diag	0,52	0,184
EROS	Estresor	0,35	0,096
	Estresor + Diag	0,72	0,221
EOS	Estresor	0,24	0,117
	Estresor + Diag	0,58	0,286
Afronta Cogni.	Estresor	0,19	0,037
	Estresor + Diag	0,58	0,160
Afronta. Social	Estresor	0,04	0,002
	Estresor + Diag	0,17	0,080
Bloqueo Afronta.	Estresor	0,02	0,055
	Estresor + Diag	0,07	0,006

Nota. n²p= ETA cuadrado parcial; Estresor= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante (n= 56); Estresor + Diag.= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante y cumplía criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n= 24); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute; Afronta Cogni.= Factor Afrontamiento Cognitivo de la medida *BriefCOPE*; Afronta. Social= Factor Afrontamiento Social de la medida *BriefCOPE*; Bloqueo Afronta.= Factor Bloqueo Afrontamiento de la medida *BriefCOPE*.

Nivel de cambio en el BDI-II según el estatus diagnóstico

Con el objetivo de evaluar el grado de mejoría en la sintomatología depresiva en ambas submuestras clasificamos a los participantes según su nivel de cambio en el BDI-II del pre al post- tratamiento, del pre al seguimiento de los 3 meses y del pre al seguimiento de los 6 meses, dado que es la medida de resultado principal. Se sabe que el BDI-II es sensible a los cambios en la depresión: una diferencia de 5 puntos corresponde a una diferencia clínica mínimamente importante, de 10 a 19 señala una diferencia moderada y de 20 puntos o más una gran diferencia (Hiroe et al., 2005). En la Tabla 47 se presenta el número y porcentaje de participantes en cada una de las categorías en función de si pertenecían al grupo que sólo vivía un estresor o al grupo que además cumplía criterios diagnósticos de un TE. Se ha añadido también la categoría de “Empeoran” para enumerar aquellos participantes que empeoraron 5 puntos o más en el BDI-II. Esto es, tuvieron al menos una diferencia mínimamente importante en el sentido contrario.

Podemos observar en la Tabla 47 que en el grupo de participantes que estaba viviendo uno o más acontecimientos estresantes que les generaban interferencia, del pre al post-tratamiento todos se mantienen estables en su nivel de síntomas depresivos (71,4%) o mejoran (26,8%, con diferencias clínicamente importantes y con cambios moderados) e incluso uno de ellos en el seguimiento a los 6 meses presenta un cambio grande en su nivel de BDI-II. Sólo uno empeora (en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses) y dos de ellos en el seguimiento a los 6 meses.

En cuanto a los participantes que además de estar viviendo una situación vital difícil cumplían criterios diagnósticos de un TE, podemos observar como la mayoría de ellos (62,5%) presentan al menos un cambio clínico mínimamente importante en el post-tratamiento (7 participantes en la categoría de “cambio clínico mínimamente importante”, 5 en la de “cambio moderado” y 3 en la de “cambio grande”). En el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses ninguno de los participantes se encuentra en la categoría “Empeoran”. Sin embargo, en el seguimiento a los 6 meses pasan a estar 3 de ellos. Esto es, presentaron un aumento de al menos 5 puntos del pre-tratamiento a los 6 meses en el BDI-II.

Tabla 47- Nivel de cambio en el BDI-II según el estatus diagnóstico.

VD	Categorías	Post		Seg 3		Seg 6	
		Estre.	Estre.+ Diag.	Estre.	Estre.+ Diag.	Estre.	Estre.+Diag.
BDI-II							
	Sin cambio o leve	40 (71,4%)	9 (37,5%)	40 (71,4%)	11 (45,8%)	36 (64,3%)	9 (37,5%)
	Dife. clínica mín. import.	9 (16,1%)	7 (29,2%)	10 (17,9%)	4 (16,7%)	13 (23,2%)	6 (25%)
	Cambio moderado	6 (10,7%)	5 (20,8%)	5 (8,9%)	6 (25%)	4 (7,1%)	4 (16,7%)
	Cambio grande	0	3 (12,5%)	0	3 (12,5%)	1 (1,8%)	2 (8,3%)
	Empeoran	1 (1,8%)	0	1 (1,8%)	0	2 (3,6%)	3 (12,5%)

Nota.VD= Variable dependiente; Dife. Clínica mín. Import.= Diferencia clínica mínimamente importante; Estre.= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante (n= 56); Estre. + Diag.= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante y cumplía criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n= 24); BDI-II= Inventario de Depresión de Beck.

6.4.3. Valoración de la mejoría por parte de los participantes

Para estos análisis contamos con los datos de 28 participantes de la condición SSA y 36 de la condición SCA. Son los que realizaron la evaluación post-tratamiento respecto a la mejoría percibida. Las puntuaciones medias (Ver Tabla 48) muestran que los participantes consideraron que después de realizar el programa estaban “bastante mejor” (M=2,52) que antes de la realización del mismo. Además, los resultados de los ANOVAs de un factor (Ver Tabla 48) indicaron que al comparar ambas condiciones de intervención no se observaron diferencias significativas en el post-tratamiento entre los dos grupos.

Tabla 48- Medidas de la valoración de la mejoría en el post-tratamiento de las dos condiciones de intervención.

VD	Condición	M	DT	F	P
Valoración de la mejoría	SSA	2,32	1,42	0,843	0,362
	SCA	2,67	1,55		
	Total	2,52	1,49		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=28); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=36).

Diferencias en función del estatus diagnóstico de los participantes

Además de analizar las diferencias en relación a la valoración de la mejoría entre los dos grupos experimentales, analizamos también la posible existencia de diferencias entre aquellos participantes que únicamente estaban viviendo una situación difícil y los que además de eso cumplían criterios diagnósticos de un TE. Para estos análisis contamos con los datos de 46 participantes de la submuestra “Estrésor” y de 18 de la submuestra “Estrésor + diagnóstico”. Son los que realizaron la evaluación post-tratamiento respecto a la mejoría percibida.

Los resultados de los ANOVAs de un factor (Ver Tabla 49) indicaron que al comparar ambas submuestras (estrésor *versus* estrésor + diagnóstico) tampoco hay diferencias significativas en el post-tratamiento en cuanto a la mejoría percibida por los participantes.

Tabla 49- Medidas de la valoración de la mejoría en el post-tratamiento de las dos submuestras.

VD	Condición	M	DT	F	P
Valoración de la mejoría	Estrésor	2,57	1,50	0,004	0,950
	Estrésor + Diag.	2,39	1,50		
	Total	2,52	1,59		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; Estrésor= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante (n= 46); Estrésor + Diag.= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante y cumplía criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n= 18).

6.5. EVOLUCIÓN DE LAS VARIABLES CLÍNICAS MEDIDAS A LO LARGO DE PROCESO DE INTERVENCIÓN

En este apartado se presentará la evolución de las variables clínicas OASIS, ODSIS, PANAS + y PANAS – que se evaluaron a lo largo del proceso de intervención en los dos grupos en los que se llevó a cabo el tratamiento. Esto es, del pre-tratamiento, pasando por cada uno de los 8 módulos de intervención, hasta el post-tratamiento. Para ello se llevaron a cabo ANOVAs mixtos 2 (grupo) x 10 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (SSA *versus* SCA) y el factor momento de medidas repetidas (pre-tratamiento *versus* post-módulo 1, *versus* post-módulo 2, *versus* post-módulo 3, *versus* post-módulo 4, *versus* post-módulo 5, *versus* post-módulo 6, *versus* post-módulo 7, *versus* post-módulo 8, *versus* post-tratamiento) para las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y medidas que se evaluaron después de cada uno de los módulos que conforman el programa de tratamiento. El análisis de la evolución de las puntuaciones en el tiempo se complementará con la prueba post-hoc de ajuste para

comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento. Finalmente, se ofrecerá una representación gráfica de la evolución de cada una de las variables clínicas analizadas.

Las medias y las desviaciones típicas presentadas por los participantes en cada una de las medidas evaluadas a lo largo del proceso de intervención se presentan en la Tabla 50 a continuación.

Tabla 50- Medias y desviaciones típicas de las variables clínicas evaluadas a lo largo del proceso de intervención (OASIS, ODSIS, PANAS + y PANAS -).

VD	Con.	Pre.		M1		M2		M3		M4		M5		M6		M7		M8		Post	
		M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
OA	SSA	4,06	3,65	3,86	3,17	3,58	3,24	2,86	3,25	2,86	2,79	2,50	2,79	2,56	2,83	2,22	2,79	1,94	2,55	1,92	2,52
	SCA	4,43	3,66	4,25	3,55	2,77	3,10	2,95	3,28	3,02	3,11	2,39	2,78	2,73	3,08	2,27	2,88	1,68	2,54	1,66	2,47
	Tot	4,26	3,63	4,08	3,37	3,14	3,17	2,91	3,25	2,95	2,96	2,44	2,77	2,65	2,96	2,25	2,82	1,80	2,53	1,78	2,48
OD	SSA	2,53	3,16	2,25	2,80	1,86	2,47	2,08	2,68	2,17	3,09	1,72	2,55	1,31	2,07	1,03	1,80	0,75	1,66	0,86	1,78
	SCA	3,30	3,52	3,82	3,66	2,95	3,29	2,55	3,36	2,82	3,25	2,41	3,21	2,77	3,26	2,18	3,14	1,77	3,00	1,43	2,56
	Tot	2,95	3,36	3,11	3,38	2,46	2,99	2,34	3,06	2,53	3,18	2,10	2,93	2,11	2,87	1,66	2,67	1,31	2,53	1,18	2,24
PA +	SSA	29,22	8,72	29,31	9,92	29,19	10,02	28,83	9,20	28,83	9,78	30,53	9,23	29,67	8,95	29,83	8,91	30,83	8,86	31,31	9,08
	SCA	27,86	6,91	27,30	8,84	29,09	8,06	29,64	9,06	28,23	9,57	29,34	9,37	29,23	9,26	30,23	9,07	31,41	9,32	31,61	9,35
	Tot	28,48	7,76	28,20	9,34	29,14	8,94	29,28	9,07	28,50	9,61	29,88	9,27	29,43	9,07	30,05	8,94	31,15	9,07	31,48	9,18
PA -	SSA	18,11	6,85	15,97	5,41	16,08	6,30	15,75	5,75	14,92	4,11	14,25	4,35	13,89	3,79	14,17	4,03	13,75	3,48	13,81	3,66
	SCA	19,50	5,95	16,61	6,87	15,75	6,28	15,64	6,39	16,52	7,14	14,70	5,28	15,00	5,44	14,61	5,14	14,07	5,01	14,14	4,68
	Tot	18,88	6,37	16,33	6,22	15,90	6,25	15,69	6,08	15,80	5,99	14,50	4,86	14,50	4,78	14,41	4,65	13,93	4,37	13,99	4,23

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; Con. = Condición experimental; Pre= Pre-tratamiento; Post= Post-tratamiento; M1= Evaluación post-módulo 1 (así para cada uno de los 8 módulos); SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); OA= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; OD= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; PA + = Escala de Afecto Positivo; PA - = Escala de Afecto Negativo.

En la Tabla 51 se presentan los ANOVAs llevados a cabo para cada una de las variables clínicas (OASIS, ODSIS, PANAS + y PANAS -) evaluadas a lo largo del proceso de intervención. Los análisis mostraron que el efecto momento fue significativo en todas ellas, sin embargo, no fueron significativos ni el efecto grupo ni el efecto interacción en ninguna de las medidas.

Tabla 51- Análisis de varianza de las variables clínicas evaluadas a lo largo de todo el proceso de intervención en los dos grupos en los que se aplicó el tratamiento.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	N2p
OASIS	0,00	0,970	0,000	14,55	< 0,001	0,157	0,67	0,618	0,009
ODSIS	3,54	0,064	0,043	8,33	< 0,001	0,096	0,73	0,583	0,009
PANAS +	0,04	0,839	0,001	4,06	0,004	0,049	0,76	0,548	0,010
PANAS -	0,35	0,553	0,005	14,754	< 0,001	0,159	0,644	0,648	0,008

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

A continuación se presentarán los resultados de la aplicación de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento.

En la Tabla 52 se muestra entre qué momentos de evaluación se encontraron diferencias significativas en la medida OASIS.

Tabla 52- Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida OASIS.

		OASIS							
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	Post
Pre		p=0,017	P=0,018	p=0,012	P<0,001	P=0,003	P<0,001	p<0,001	p<0,001
M1		p=0,020	P=0,014	p=0,048	P<0,001	P=0,004	P<0,001	p<0,001	p<0,001
M2								p=0,017	p=0,017
M3									
M4								p=0,006	p=0,002
M5									
M6									
M7									
M8									

Nota. Pre= Pre-tratamiento; Post= Post-tratamiento; M1= Evaluación post-módulo 1 (así para cada uno de los 8 módulos); OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad.

Por lo que respecta a la medida ODSIS, en la Tabla 53 se muestra entre qué momentos de evaluación se encontraron diferencias significativas.

Tabla 53- Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida ODSIS.

ODSIS									
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	Post
Pre							p=0,025	p=0,004	P=0,001
M1							p=0,004	p<0,001	P<0,001
M2								p=0,039	P=0,014
M3									
M4								p=0,023	P=0,004
M5									P=0,024
M6								p=0,017	P=0,005
M7									
M8									

Nota. Pre= Pre-tratamiento; Post= Post-tratamiento; M1= Evaluación post-módulo 1 (así para cada uno de los 8 módulos); ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión.

En la Tabla 54 se muestran los momentos de evaluación entre los que se encontraron diferencias significativas en la medida del afecto negativo.

Tabla 54- Resultados de la prueba post-hoc de ajuste para comparaciones múltiples de Sidak aplicada al efecto momento para la medida PANAS -.

PANAS -									
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	Post
Pre	P<0,001	P<0,001	p=0,001	p=0,001	P<0,001	P<0,001	p<0,001	P<0,001	p<0,001
M1						p=0,048		P=0,020	P=0,018
M2									
M3									
M4									
M5									
M6									
M7									
M8									

Nota. Pre= Pre-tratamiento; Post= Post-tratamiento; M1= Evaluación post-módulo 1 (así para cada uno de los 8 módulos); PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

Por, último, en cuanto al PANAS +, únicamente se produjeron mejoras significativas de la evaluación post-módulo 6 a la evaluación post-tratamiento (**p=0,049**).

Por su parte, las gráficas que muestran la evolución de estas variables clínicas pueden observarse a continuación en la Figura 19. Como no se han encontrado diferencias significativas entre las dos condiciones de intervención, se representan las medias de las puntuaciones totales de ambos grupos. Con una flecha se marca a partir de qué momento se introducen los componentes de psicología positiva.

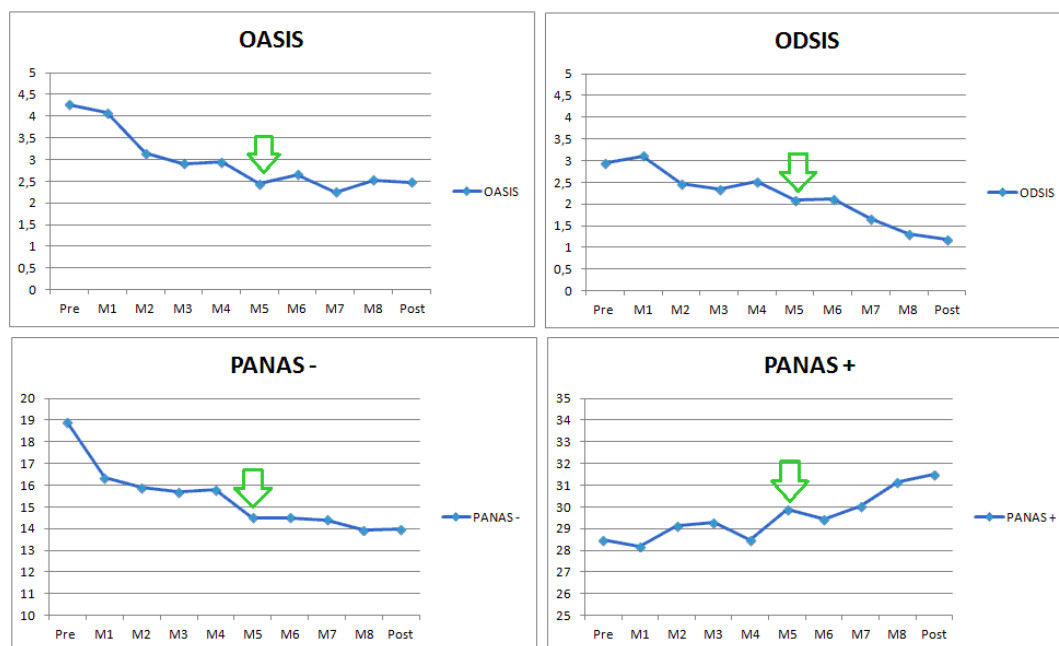


Figura 19- Evolución de las variables clínicas OASIS, ODSIS, PANAS + y PANAS - a lo largo del proceso de intervención.

6.5.1. Cambios en el afecto positivo y negativo tras la introducción de los componentes de psicología positiva

En este subapartado se presentan los datos referidos a la comparación de la puntuación media en afectividad positiva y negativa presentada por los participantes antes de empezar con los módulos de psicología positiva y la presentada una vez se trabajan los mismos. Se comparan los cambios en las puntuaciones en función de si los participantes pertenecían al grupo SSA o al grupo SCA y también en función de si pertenecían a la submuestra de participantes que estaban viviendo una situación vital difícil o a la submuestra que además cumplía criterios diagnósticos de un TE. Para ello, se llevaron a cabo ANOVAs mixtos 2 (grupo) x 2 (momento), con el factor grupo entre-sujetos (SSA *versus* SCA en un caso y Estresor *versus* Estresor + diagnóstico en el otro) y el factor momento de medidas repetidas (antes de la introducción de los componentes de psicología positiva *versus* después de la introducción de los componentes de psicología positiva) para las puntuaciones de las variables PANAS + y PANAS -.

En la Tabla 55 se muestran las medias y las desviaciones típicas obtenidas en las variables PANAS + y PANAS - en cada uno de los grupos antes y después de la introducción de los componentes de psicología positiva.

Tabla 55- Estadísticos descriptivos del afecto positivo y negativo en los grupos SSA, SCA, Estresor y Estresor + Diagnóstico.

VD	Grupos	Antes introd. Compo. +		Después introd. Compo +	
		M	DT	M	DT
PANAS +	SSA	29,08	8,78	30,43	8,39
	SCA	28,42	7,75	30,36	8,69
	Total	28,72	8,18	30,40	8,50
PANAS -	SSA	16,17	4,69	13,97	3,54
	SCA	16,80	5,82	14,50	4,59
	Total	16,52	5,32	14,27	4,14
PANAS +	Estresor	31,38	7,01	31,78	7,36
	Estresor + Diag.	22,50	7,41	27,17	10,16
	Total	28,72	8,18	30,40	8,50
PANAS -	Estresor	15,04	4,70	12,88	2,75
	Estresor + Diag.	19,95	5,17	17,49	5,02
	Total	16,52	5,32	5,02	4,14

Nota. VD= Variable Dependiente; Antes introd. Compo += Puntuaciones medias anteriores a la introducción de los componentes de psicología positiva; Después introd. Compo += Puntuaciones medias a partir de la introducción de los componentes de psicología positiva; SSA= Grupo de participantes de la condición sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Grupo de participantes de la condición con apoyo por parte del terapeuta (n=44); Estresor= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante (n= 56); Estresor + Diag.= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante y cumplía criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n= 24); PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

En relación a los dos grupos de intervención (SSA y SCA), como se puede observar en la Tabla 56, los resultados de los ANOVAs muestran que el efecto momento fue significativo tanto en el afecto positivo como en el afecto negativo. Por lo que respecta al efecto grupo y al efecto interacción no fue significativo en ninguno de los dos.

Tabla 56- Análisis de varianza de las variables PANAS + y PANAS - en los grupos SSA y SCA.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	n2p
PANAS +	0,04	0,839	0,001	6,52	0,013	0,077	0,21	0,651	0,003
PANAS -	0,354	0,553	0,005	26,61	< 0,001	0,254	0,015	0,904	0,000

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

En relación a las dos submuestras de participantes (Estresor *versus* Estresor + diagnóstico), como se puede observar en la Tabla 57, los resultados de los ANOVAs muestran que el efecto grupo y el efecto momento fueron significativos tanto en el afecto positivo como en el afecto negativo. Por lo que respecta al efecto interacción fue significativo en la variable PANAS +.

Tabla 57- Análisis de varianza de las variables PANAS + y PANAS - en las submuestras Estresor y Estresor + Diagnóstico.

VD	Efecto grupo			Efecto momento			Efecto interacción		
	F	p	n2p	F	p	n2p	F	p	n2p
PANAS +	14,56	<0,001	0,157	14,73	<0,001	0,159	10,44	0,002	0,118
PANAS -	26,49	<0,001	0,253	23,91	<0,001	0,235	0,097	0,757	0,001

Nota. VD= Variable dependiente; F= valores de F; p= grado de significación; n2p= ETA cuadrado parcial; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

Los análisis de la prueba post hoc de Sidak indicaron que en el grupo de participantes que cumplían los criterios diagnósticos de un TE la media de las puntuaciones en el afecto positivo fue significativamente superior a partir de la introducción de los componentes de psicología positiva (**p < 0,001**), en comparación a los participantes que únicamente estaban viviendo un estresor (p= 0,581).

En resumen, las puntuaciones en afectividad negativa mejoran significativamente tanto en el grupo SSA como en el grupo SCA (sin diferencias estadísticamente significativas entre

ellos) y tanto en la submuestra de “Estrésor” como en la de “Estrésor + diagnóstico”, también sin diferencias entre ellos. El afecto positivo también aumenta significativamente en los dos grupos de intervención (SSA y SCA) sin diferencias entre ellos. Sin embargo, teniendo en cuenta la presencia o no de un diagnóstico, el grupo de participantes que cumplían los criterios de un TE mejoraron significativamente sus puntuaciones en el afecto positivo en comparación con el grupo que únicamente presentaba un estrésor.

6.6. EVOLUCIÓN DEL ESTATUS DIAGNÓSTICO DE LOS PARTICIPANTES DEL PRE-TRATAMIENTO AL SEGUIMIENTO DE LOS 6 MESES

En este apartado se presentan los resultados correspondientes al número y porcentaje de trastornos psiquiátricos que se diagnosticaron en la evaluación pre-tratamiento y en la evaluación realizada en el seguimiento a los 6 meses. También el cambio respecto al riesgo de suicidio que presentaban algunos de los participantes. Además, se presenta específicamente la evolución de los casos en los que se observó comorbilidad diagnóstica en el pre-tratamiento.

Los datos corresponden a aquellos participantes de los dos grupos de intervención que han realizado todo el programa de tratamiento (no se han tenido en cuenta los 16 participantes que no llegaron a finalizar el programa) y a los participantes del grupo control lista de espera que, una vez pasado el tiempo de espera, decidieron empezar el programa y lo terminaron. Finalmente, contamos con un total de 87 participantes que han realizado el programa de tratamiento completo. Todos ellos estaban viviendo un acontecimiento estresante que les causaba interferencia en sus vidas y además 22 participantes cumplían los criterios diagnósticos de un TE.

Por tanto, contamos con 65 participantes que estaban en situación de riesgo por estar viviendo una situación vital difícil y 22 que, además de eso, cumplían criterios de un TE.

A continuación se describe lo sucedido en las dos submuestras (Estrésor *versus* Estrésor + diagnóstico).

De los 65 participantes que únicamente estaban viviendo un acontecimiento estresante y no cumplían criterios de ningún TE en el pre-tratamiento, sólo dos (3, 07 %) pasaron a cumplir un TDM cuando se les evaluó mediante la MINI en el seguimiento de los 6 meses. En cuanto al

riesgo de suicidio ligero, en el pre-tratamiento lo presentaban 3 de los 65 participantes (4,61 %) y en la evaluación a los 6 meses pasaron a presentarlo 4 (6,15 %).

En relación a los 22 participantes que sí que cumplían criterios diagnósticos de uno o varios TE en el pre-tratamiento, como puede verse en la Tabla 58 los resultados muestran que en el seguimiento a los 6 meses en todos los casos se redujo el porcentaje de los participantes que cumplían criterios de un TE en un 50% o más. En esta misma tabla se muestran los casos específicos que presentaban comorbilidad diagnóstica. Un total de 5 participantes presentaban TDM y además cumplían los criterios diagnósticos de otro trastorno psicológico antes de empezar el programa de tratamiento y, en el seguimiento a los 6 meses, tres de dichos participantes pasaron a presentar únicamente un diagnóstico y dos de ellos ya no cumplían criterios de ningún trastorno mental. Cabe señalar que, los 5 casos, dejaron de presentar un TDM. En cuanto al riesgo de suicido vemos que en el pre-tratamiento lo presentaban 12 participantes de los 22 que cumplían criterios de un TE (54,54 %) y en seguimiento a los 6 meses sólo 3 de ellos (13,64%).

Tabla 58- Número y porcentaje de diagnósticos psiquiátricos y de riesgo de suicidio (ligero) en el pre-tratamiento y en el seguimiento a los 6 meses.

Diagnóstico	Pre-tratamiento	Seguimiento 6 meses
TDM	6 (27,27 %)	3 (13,64%)
TAG	5 (22,73 %)	2 (9,09 %)
Agorafobia sin TP	4 (18,18 %)	0 (0 %)
FS	1 (5,55 %)	0 (0 %)
DISTIMIA	1 (5,55%)	0 (0%)
Casos de co morbilidad		
Caso 1	TDM + TAG	TAG
Caso 2	TDM + TAG	
Caso 3	TDM+ TAG	
Caso 4	TDM+ TAG+ TEPT	TAG
Caso 5	TDM + TAG + FS + Ago. Sin TP+ TOC	FS
Riesgo de suicidio (ligero)	12 (54,55%)	3 (13,63%)

Nota. TDM= Trastorno depresivo mayor; TAG= Trastorno de ansiedad generalizada; Agorafobia sin TP= Agorafobia sin trastorno de pánico; FS= Fobia social; TEPT= Trastorno por estrés post traumático; TOC= Trastorno obsesivo compulsivo.

Resumiendo, vemos que de los 65 participantes que estaban en situación de riesgo únicamente dos desarrollaron un TDM en el seguimiento a los 6 meses. En cuanto a los participantes que sí cumplían criterios diagnósticos de un TE en el pre-tratamiento, el porcentaje tanto de diagnósticos como del riesgo de suicidio (ligero) después de la aplicación del tratamiento se redujo. Además, los participantes que presentaban co-morbilidad

diagnóstica pasaron a cumplir sólo los criterios diagnósticos de un trastorno o a no cumplir de ninguno.

6.7. LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD DE LOS PARTICIPANTES REGISTRADA POR MEDIO DEL DIARIO DE ACTIVIDAD

6.7.1. Correlación entre el grado de actividad y cada una de las variables clínicas evaluadas en el post-tratamiento.

En este apartado se presentan los coeficientes de correlación de *Pearson (r)* entre la media del *porcentaje del día en que estaban activos* los participantes y cada una de las *variables clínicas* evaluadas en el post-tratamiento en los participantes que formaron parte de los dos grupos de intervención (N=80).

6.7.1.1. Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo

En la Tabla 59 se muestran los coeficientes de correlación obtenidos entre las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANA+ y PANAS -, y la variable *porcentaje del día activo*.

Podemos ver que la actividad correlaciona negativa y significativamente con las variables OASIS, ODSIS, BDI-II y PANAS -. Por otra parte, correlaciona también significativamente, pero de manera directa con el afecto positivo (PANAS +).

Tabla 59- Coeficientes de correlación entre las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS + y PANAS -, y la variable "porcentaje del día activo".

Variables	DA
OASIS	-0,224 *
ODSIS	-0,299 **
BDI-II	-0,432**
PANAS +	0,496**
PANAS-	-0,368**

****** La correlación es significativa al nivel 0,01

***** La correlación es significativa al nivel 0,05

Nota. DA= Diario de Actividad; OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

6.7.1.2. Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzos en el entorno y búsqueda de gratificación personal

En la Tabla 60 se muestran los coeficientes de correlación obtenidos entre las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS, y la variable *porcentaje del día activo*.

Los resultados muestran que la variable *porcentaje del día activo* correlaciona negativa y significativamente con el estrés percibido (PSS). Se observan correlaciones también significativas, pero en este caso positivas con las variables QLI, EROS y EOS.

Tabla 60- Coeficientes de correlación entre las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS y la variable "porcentaje del día activo".

Variables	DA
PSS	-0,315**
QLI	0,500**
EROS	0,538**
EOS	0,525**

** La correlación es significativa al nivel 0,01

Nota. DA= Diario de Actividad; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute.

6.7.2. Correlación entre el grado de satisfacción con las actividades diarias realizadas y cada una de las variables evaluadas en el post-tratamiento

En este apartado se van a presentar los diferentes coeficientes de correlación de *Pearson* (*r*) entre la *satisfacción con las actividades diarias realizadas* y cada una de las *variables clínicas* evaluadas en el post-tratamiento en los participantes de los dos grupos de intervención (N=80).

6.7.2.1. Medidas de ansiedad, estado de ánimo, afecto positivo y afecto negativo

En la Tabla 61 se muestran los coeficientes de correlación obtenidos entre las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANA+ y PANAS – , y la variable *satisfacción media de las actividades diarias*.

Podemos ver que el grado de satisfacción acerca de las actividades diarias realizadas correlaciona significativamente y de manera negativa con el estado de ánimo (BDI-II) y con el

afecto negativo (PANAS -). Por otro lado, correlaciona significativamente y de manera positiva con el afecto positivo.

Tabla 61- Coeficientes de correlación entre las variables clínicas OASIS, ODSIS, BDI-II, PANAS + y PANAS - y la variable "satisfacción con las actividades diarias".

Variables	DA
OASIS	-0,182
ODSIS	-0,172
BDI-II	-0,479**
PANAS +	0,415**
PANAS-	-0,391**

****** La correlación es significativa al nivel 0,01

Nota. DA= Diario de Actividad; OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; ODSIS= Escala general de gravedad e interferencia de la depresión; BDI-II= Inventario de Depresión de Beck; PANAS + = Escala de Afecto Positivo; PANAS - = Escala de Afecto Negativo.

6.7.2.2. Medidas de estrés percibido, calidad de vida, percepción de refuerzos en el entorno y búsqueda de gratificación personal

En la Tabla 62 se muestran los coeficientes de correlación obtenidos entre las variables clínicas PSS, QLI, EROS y EOS, y la variable *satisfacción con las actividades diarias*.

Los resultados muestran que la satisfacción con las actividades diarias correlaciona significativamente y de manera negativa con el estrés percibido (PSS) y también significativamente pero de manera positiva con las variables QLI, EROS y EOS.

Tabla 62- Coeficientes de correlación entre las variables clínicas PSS, QLI, EROS, EOS y la variable "satisfacción con las actividades diarias".

Variables	DA
PSS	-0,359**
QLI	0,480**
EROS	0,377**
EOS	0,316**

****** La correlación es significativa al nivel 0,01

Nota. DA= Diario de Actividad; PSS= Escala de Estrés Percibido; QLI= Índice de Calidad de Vida; EROS= Escala de la Observación de los Refuerzos Ambientales; EOS= Escala de Orientación al Disfrute.

6.8. MEDIDAS DE EXPECTATIVAS, SATISFACCIÓN Y OPINIÓN EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO POR PARTE DE LOS PARTICIPANTES

Como se ha explicado en el apartado del método, con el objetivo de conocer las expectativas y el grado de satisfacción manifestado por los participantes respecto del tratamiento recibido, después del segundo módulo, una vez ya tenían información sobre la lógica del programa, contestaron la Escala de Expectativas. En el post-tratamiento contestaron la Escala de Satisfacción con el tratamiento. Por otro lado, una vez finalizado el programa de tratamiento a los participantes se les realizó una entrevista telefónica para obtener información cualitativa. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

6.8.1. Expectativas

Para estos análisis se cuenta con los datos de expectativas de 33 de los participantes de la condición SSA y de 43 de los participantes de la condición SCA. Estos participantes son los que llegaron a realizar el segundo módulo del programa, al final del cual se contestaba a la Escala de Expectativas. Los datos mostraron que los participantes se habían hecho una idea positiva del programa en las dos condiciones experimentales (Ver Tabla 63). En concreto, los datos indicaron que consideraban el tratamiento lógico, estaban satisfechos con el programa de tratamiento que iban a realizar, se lo recomendarían a otras personas, consideraban además que podría ser útil para otros problemas y pensaban que les iba a resultar de utilidad en su caso. Por lo que respecta a la última pregunta, relacionada con el grado en que consideraban que el tratamiento les iba a resultar aversivo, los valores fueron reducidos. En el grupo SSA la media se situó en 2,39 y en el grupo SCA en 2,12.

Al comparar ambas condiciones de tratamiento los resultados de los ANOVAs indican que no existían diferencias entre ellos (Ver Tabla 63).

Tabla 63- Medidas de las expectativas sobre el tratamiento de las dos condiciones de intervención analizadas utilizando ANOVAs de un factor.

VD	Condición	M	DT	F	p
Lógico	SSA	7,48	1,64	0,118	0,733
	SCA	7,63	1,92		
	Total	7,57	1,79		
Satisfacción	SSA	7,42	1,79	0,345	0,559
	SCA	7,16	2,02		
	Total	7,28	1,92		
Recomendar	SSA	7,58	2,03	0,061	0,806
	SCA	7,70	2,21		
	Total	7,64	2,12		
Útil otros problemas	SSA	7,18	1,98	1,131	0,291
	SCA	7,67	2,02		
	Total	7,46	2,00		
Útil en su caso	SSA	6,76	2,12	0,112	0,739
	SCA	6,93	2,31		
	Total	6,86	2,21		
Aversivo	SSA	2,39	1,84	0,511	0,477
	SCA	2,12	1,54		
	Total	2,24	1,67		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=33); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=43);

6.8.2. Satisfacción

Para estos análisis contamos con los datos de satisfacción de 28 de los participantes de la condición SSA y de 36 de los participantes la condición SCA. Son los que realizaron la evaluación post-tratamiento en la que se contestaba a la Escala de Satisfacción. Los resultados que se obtuvieron en dicha escala (Ver Tabla 64) fueron muy elevados en todas las variables evaluadas. En el post-tratamiento el valor de la media se sitúa alrededor de “8” en cuanto a la lógica del tratamiento, la satisfacción con el mismo, la medida en que lo recomendarían a familiares o amigos y la medida en que lo consideraron útil para otros problemas. Por lo que respecta a la utilidad percibida en su caso el valor de la media se sitúa alrededor de “7”. La satisfacción informada en todas estas variables fue superior a las expectativas que los participantes habían generado antes de recibir el tratamiento. Respecto a la valoración sobre cuán aversivo había resultado el tratamiento, en la condición SSA el valor fue superior al predicho en el pre-tratamiento, aunque seguía siendo bajo (M=2,75). Sin embargo, en la condición SCA el valor fue inferior al del pre-tratamiento (M=1,67).

Los resultados de los ANOVAs de un factor (Ver Tabla 64) indicaron que al comparar ambas condiciones de intervención no existieron diferencias significativas en el post-tratamiento en ninguno de los ítems incluidos en la Escala de Satisfacción, con la excepción del ítem referido a la aversividad del tratamiento, siendo los participantes del grupo SSA los que lo valoraron como más aversivo ($F_{(1,63)} = 4,673$, $p = 0,035$).

Tabla 64- Medidas de la satisfacción sobre el tratamiento de las dos condiciones de intervención analizadas utilizando ANOVAs de un factor.

VD	Condición	M	DT	F	P
Lógico	SSA	8,21	1,77	0,109	0,742
	SCA	8,08	1,40		
	Total	8,14	1,56		
Satisfacción	SSA	7,93	1,92	0,046	0,830
	SCA	7,83	1,61		
	Total	7,88	1,74		
Recomendar	SSA	8,25	1,96	0,093	0,761
	SCA	8,39	1,68		
	Total	8,33	1,79		
Útil otros problemas	SSA	8,04	1,92	0,053	0,818
	SCA	8,14	1,66		
	Total	8,09	1,76		
Útil en su caso	SSA	7,46	2,03	0,137	0,713
	SCA	7,28	1,98		
	Total	7,36	1,99		
Aversivo	SSA	2,75	2,38	4,673	0,035
	SCA	1,67	1,62		
	Total	2,14	2,05		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=28); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=36).

Diferencias en función del estatus diagnóstico de los participantes

Además de analizar las diferencias en relación a las expectativas y a la opinión del tratamiento entre los dos grupos experimentales, analizamos también la posible existencia de diferencias entre aquellos participantes que estaban viviendo un acontecimiento estresante y los que, además de esto cumplían criterios diagnósticos de un TE.

En relación a las expectativas, los datos ponen de manifiesto que en ambos casos los participantes tenían buenas expectativas con el tratamiento y los resultados de los ANOVAs de un factor (Ver Tabla 65) indicaron que al comparar ambos grupos (Estresor *versus* Estresor + diagnóstico) no se observaron diferencias significativas en ninguno de los ítems incluidos en la Escala de Expectativas.

Tabla 65- Medidas de las expectativas sobre el tratamiento de las dos submuestras analizadas utilizando ANOVAs de un factor.

VD	Estatus Clínico	M	DT	F	p
Lógico	Estresor	7,56	1,90	0,006	0,938
	Estresor + Diag.	7,59	1,53		
	Total	7,57	1,79		
Satisfacción	Estresor	7,20	1,95	0,265	0,608
	Estresor + Diag.	7,45	1,87		
	Total	7,28	1,92		
Recomendar	Estresor	7,52	2,19	0,658	0,420
	Estresor + Diag.	7,95	1,97		
	Total	7,64	2,12		
Útil otros problemas	Estresor	7,46	2,05	0,000	0,987
	Estresor + Diag.	7,45	1,92		
	Total	7,46	2,00		
Útil en su caso	Estresor	6,56	2,19	3,536	0,064
	Estresor + Diag.	7,59	2,15		
	Total	6,86	2,21		
Aversivo	Estresor	2,17	1,66	0,326	0,570
	Estresor + Diag.	2,41	1,74		
	Total	2,24	1,67		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; Estresor= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante. Estresor + Diag.= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante y cumplía criterios diagnósticos de algún trastorno emocional.

En cuanto a la opinión, los datos ponen de manifiesto que también en ambos casos los participantes están muy satisfechos con el tratamiento y los resultados de los ANOVAs de un factor (Ver Tabla 66) indicaron que al comparar ambas submuestras (Estresor *versus* Estresor + diagnóstico) no se observaron diferencias significativas en ninguno de los ítems incluidos en la Escala de Satisfacción.

Tabla 66- Medidas de satisfacción sobre el tratamiento de las dos submuestras analizadas utilizando ANOVAs de un factor.

VD	Estatus Clínico	M	DT	F	p
Lógico	Estresor	8,15	1,59	0,009	0,926
	Estresor + Diag.	8,11	1,53		
	Total	8,14	1,56		
Satisfacción	Estresor	7,85	1,73	0,039	0,844
	Estresor + Diag.	7,94	1,83		
	Total	7,88	1,74		
Recomendar	Estresor	8,33	1,77	0,000	0,989
	Estresor + Diag.	8,33	1,91		
	Total	8,33	1,79		
Útil otros problemas	Estresor	8,02	1,77	0,270	0,605
	Estresor + Diag.	8,28	1,78		
	Total	8,09	1,76		
Útil en su caso	Estresor	7,22	2,09	0,833	0,365
	Estresor + Diag.	7,72	1,71		
	Total	7,36	1,99		
Aversivo	Estresor	2,13	2,10	0,004	0,950
	Estresor + Diag.	2,17	2,95		
	Total	2,52	2,05		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; Estresor= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante (n= 46); Estresor + Diag.= Grupo de participantes que estaba viviendo un acontecimiento estresante y cumplía criterios diagnósticos de algún trastorno emocional (n= 18).

6.8.3. Valoración acerca del programa de tratamiento y el apoyo recibido

En este apartado se van a presentar los datos obtenidos en la entrevista telefónica que se realizó a cada uno de los participantes que finalizó el programa de tratamiento.

Pudimos contactar con un total de 82 participantes. De ellos, 35 pertenecen al grupo de intervención SCA, 26 al grupo de intervención SSA y 21 al grupo control lista de espera que realizaron el programa de tratamiento, una vez pasado el tiempo establecido de lista de espera. De estos participantes procedentes del grupo control lista de espera, 13 fueron asignados a la condición SCA y 8 a la condición SSA. Por consiguiente, contamos con los datos de 48 participantes que pasaron por la condición SCA y de 34 que pasaron por la condición SSA.

En esta entrevista se evaluaron los aspectos siguientes:

- La utilidad del Diario de Actividad.
- La utilidad de poder repasar la información de los diferentes módulos del programa.
- Comprender que disponían de más tiempo, una vez finalizados los módulos, para poder seguir entrando en el programa.
- Estudiar si habían seguido entrando en el programa después de terminarlo.
- La utilidad de disponer del programa durante más tiempo, una vez finalizados los 8 módulos de tratamiento.
- Si les había (al grupo SCA) o habría (al grupo SSA) gustado recibir una breve llamada de apoyo semanal por parte de un terapeuta (de máximo dos minutos).
- Si habían (al grupo SCA) o habrían (al grupo SCA) considerado útil dicha llamada telefónica de apoyo.

En el Anexo XVI se muestran algunas opiniones y comentarios cualitativos relacionados con cada uno de dichos aspectos evaluados en la entrevista telefónica. Además, al finalizar la entrevista se pedía a los participantes que refirieran su opinión general en relación al programa de intervención. Se presentan algunas de dichas opiniones más adelante.

6.8.3.1. La utilidad del Diario de Actividad

En cuanto a la utilidad del Diario de Actividad, como se presenta en la Figura 20, la mayoría de los participantes valoraron que para ellos esta herramienta había resultado muy útil (50%). El 17,1% lo valoraron como “muchísimo” y el 23,2% como “algo” útil. Sólo 6 participantes lo valoraron como “poco” útil para ellos y 2 participantes “poquísimo”.

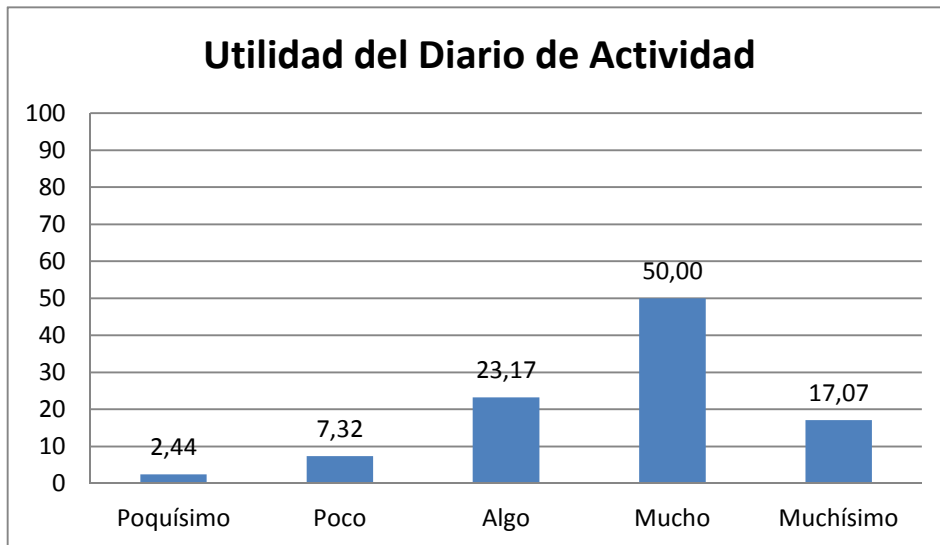


Figura 20- Porcentajes de utilidad del Diario de Actividad.

6.8.3.2. La utilidad de poder repasar la información de los diferentes módulos de programa

Como se puede ver en la Figura 21 la mayoría de los participantes consideran que la opción que da el programa de poder repasar los diferentes módulos que conforman el tratamiento es de gran utilidad (“mucho” = 41,46%; “muchísimo” = 40,24%). Un 14,63% consideran que les ha resultado “algo” útil. Sólo 2 participantes consideran que les resultó “poco” útil y uno “poquísimo”.

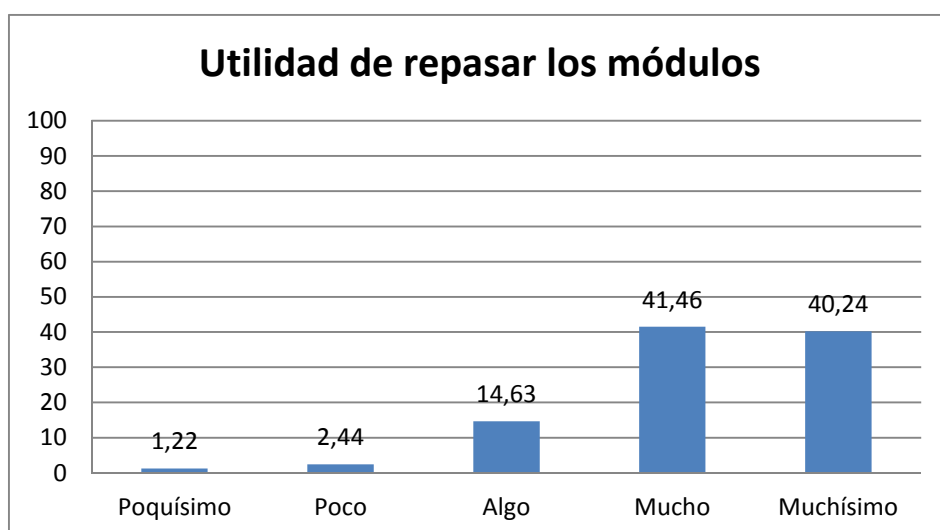


Figura 21- Porcentajes de utilidad de poder repasar la información de los módulos.

6.8.3.3. Comprensión de la disponibilidad del programa una vez finalizado el tratamiento

Como se puede observar en la Figura 22, casi el 100% de los participantes entendieron que una vez finalizados los 8 módulos de tratamiento que conforman el programa, si querían disponían de más tiempo para seguir accediendo al mismo. Sólo 8 personas no entendieron esta información.

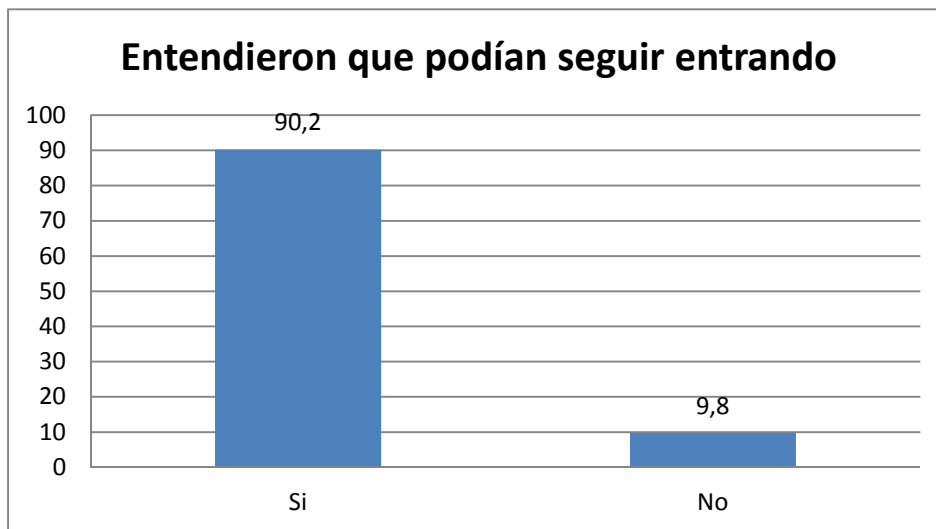


Figura 22- Porcentajes de comprensión de la disponibilidad del programa una vez finalizado el tratamiento.

6.8.3.4. Continuación en el uso del programa una vez finalizados los módulos del tratamiento

Como se muestra en la Figura 23, un porcentaje mayor de participantes no entró en el programa después de haber finalizado lo 8 módulos (67,7%). Sin embargo, 27 participantes (32,93%) sí que lo hicieron.

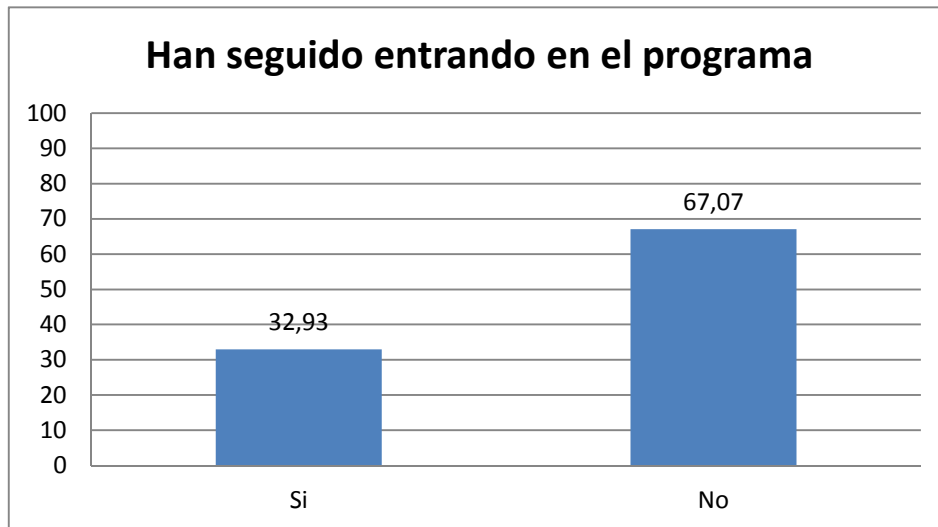


Figura 23- Porcentajes de los participantes que han seguido entrando en el programa una vez finalizados los módulos y de los que no lo han hecho.

6.8.3.5. Utilidad percibida de tener a su disposición el programa una vez finalizados los módulos

Como se observa en la Figura 24 la gran mayoría de los participantes (84,15%) consideraron útil tener a su disposición el programa de tratamiento durante más tiempo una vez finalizados los módulos, para poder volver acceder a él cuando lo necesiten. Sólo 13 participantes (15,85%) consideraron que no era útil.

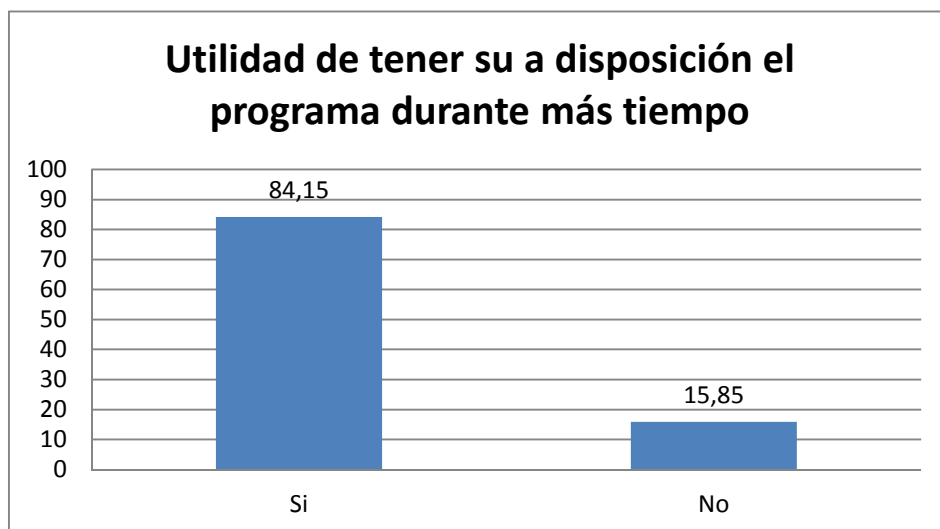


Figura 24- Porcentajes de utilidad percibida de tener a su disposición el programa.

6.8.3.6. Opinión de los participantes a cerca de las llamadas de apoyo semanal

Utilidad

A los participantes de la condición experimental con apoyo por parte del terapeuta les preguntamos en qué medida habían considerado útil la breve llamada de apoyo semanal. A los participantes de la condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta les preguntamos en medida habrían considerado útil dicha llamada. La mayoría de los participantes de la condición con apoyo por parte del terapeuta (SCA, N= 48) consideraron que la llamada les había sido útil (“muchísimo”= 50% y “mucho”=27,08%). A 4 participantes les resultó “algo” útil y a otros 4 “poco” útil. Sólo 3 participantes la valoraron con “poquísima” utilidad (Ver Figura 25).

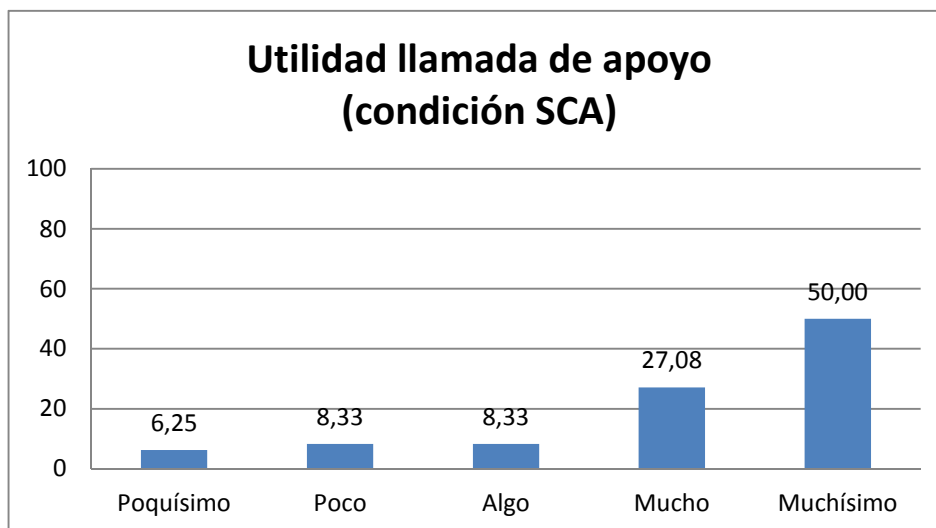


Figura 25- Porcentajes de valoración de la utilidad de la llamada de apoyo de los participantes de la condición SCA.

En cuanto a los participantes que no habían recibido la llamada de apoyo semanal (SSA, N=34), la mayoría consideraron que les habría resultado útil (“muchísimo”= 23,52% y “mucho”= 23,52%). Un 17, 65% consideraron que les habría resultado “algo” útil y un 26,47% consideró que les habría sido “poco” útil. Sólo tres participantes (8,82%) la valoraron con “poquísima” utilidad (Ver Figura 26).

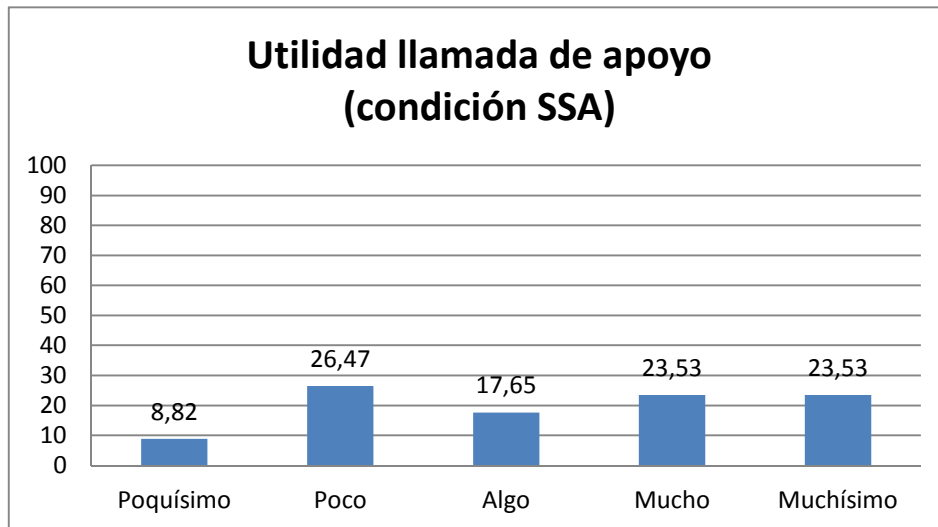


Figura 26- Porcentajes de valoración de la utilidad de la llamada de apoyo de los participantes de la condición SSA.

Agrado

A los participantes de la condición experimental SCA les preguntamos en qué medida les había gustado recibir la breve llamada de apoyo semanal. A los participantes de la condición experimental SSA les preguntamos en medida les habría gustado recibir dicha llamada.

En cuanto a los participantes que sí que recibieron la llamada de apoyo semanal por parte del terapeuta (SCA, N=48), a la mayoría les gustó recibirla (“muchísimo”= 47,92%, “mucho”= 29,17%). El 18,75% de los participantes valoraron que les gusto “algo” recibir la breve llamada de apoyo. Sólo a 2 participantes les gusto “poco” recibirla y a otros dos “poquísimo” (Ver Figura 27).

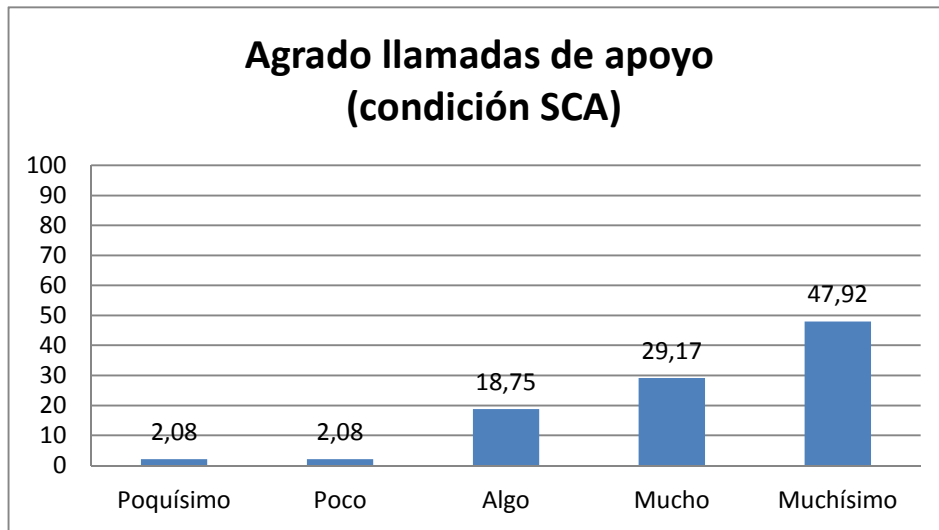


Figura 27- Porcentajes de agrado de las llamadas de los participantes de la condición SCA.

Por lo que respecta a los participantes que no recibieron la llamada de apoyo semanal por parte del terapeuta (SSA, N=34), el mismo porcentaje de participantes indicó que les habría gustado “muchísimo” recibirla o que les habría gustado “poco” (29,41%). A un 20,59% le habría gustado “algo” y a un 14,71% “mucho”. Sólo a 2 participantes (5,88%) les habría gustado “poquísimo” que les hicieran una breve llamada de apoyo a la semana (Ver Figura 28).

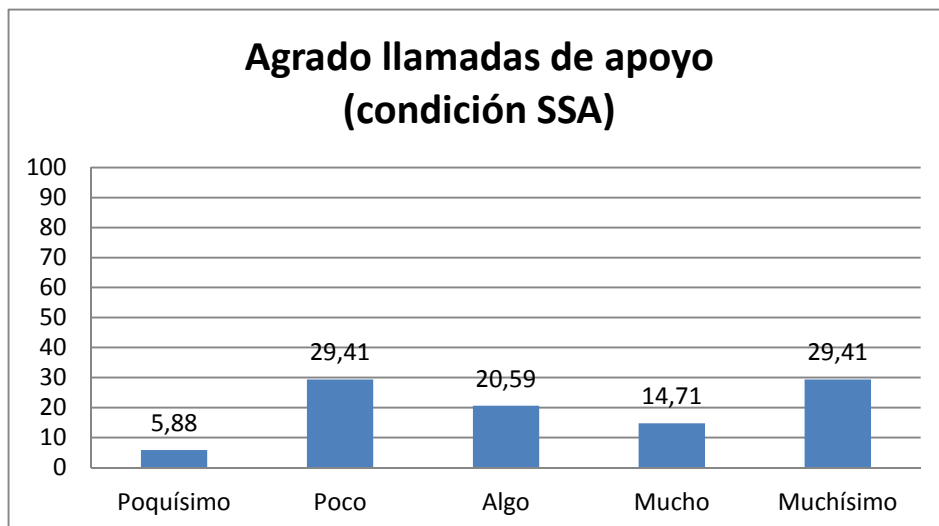


Figura 28- Porcentajes de agrado de las llamadas de apoyo de los participantes de la condición SSA.

Los comentarios referidos a la **opinión general de los participantes en relación al programa** se presentan a continuación:

- ✓ *“Es muy constructivo y ayuda en determinadas situaciones y estados de ánimo bajos a seguir adelante”.*
- ✓ *“Ha sido muy interesante y reflexivo, te hace pensar y reflexionar sobre cosas que no te planteas normalmente”.*
- ✓ *“Es un programa útil que si uno realmente lo necesita puede ser efectivo”.*
- ✓ *“Es una herramienta útil para ayudar a gente a salir de los problemas. Además, considero que es útil no solo para gente que está mal sino para gente normal también, porque te ayuda a reflexionar. Es bueno para la prevención”.*
- ✓ *“Es un programa útil, a mí me funcionó muy bien. Uno tiene que ser muy constante. En el momento en el que yo estaba me resultó de mucha ayuda. Además valoro mucho el ahorro económico al poder hacerlo desde casa.”*
- ✓ *“En su momento me interesó y me ayudó a darme cuenta de cosas. Me ha reforzado para afrontar situaciones complicadas. Muchas metodologías que aconseja el programa las he aplicado y me han servido”.*
- ✓ *“Me ha parecido una experiencia positiva. Me ha gustado. Me ha enseñado cosas y me ha recordado otras que ya sabía”.*
- ✓ *“Mi opinión sobre el programa es muy buena. Me ha enseñado a ver que las circunstancias externas no son lo que condiciona cómo me siento, son mis pensamientos”.*
- ✓ *“Me sorprendió gratamente. No esperaba que estuviera tan bien hecho. Bueno para pensar en que estamos haciendo mal. Me resultó útil y bueno”.*
- ✓ *“Mi opinión es buenísima. Me ha ayudado bastante a ver cosas que hacía mal y a saber cómo actuar”.*
- ✓ *“Me ha gustado en general, estoy muy satisfecha con el programa, aunque igual habría estado bien más información y más indicaciones de cómo lo tengo que hacer”.*

- ✓ *“En general me ha gustado, mi opinión es buena. Aunque a veces es un poco repetitivo con las cosas”.*
- ✓ *“Considero que puede servir de bastante ayuda pero complementado con contacto personal. Creo que se tiene que completar con el tratamiento cara a cara. Es muy útil para personas que viven lejos y no tienen acceso”.*
- ✓ *“Mi opinión es buena porque puede ayudar a gente agobiada por la crisis o con la autoestima muy baja. Me ha servido bastante y me ha resultado útil”.*
- ✓ *“Como idea está bien, pero yo he echado en falta contacto directo con un terapeuta”.*
- ✓ *“Es una experiencia bastante positiva”.*
- ✓ *“Lo cogí con mucha ilusión pero a medida que avanzaba perdí el interés y no me llegaba”.*
- ✓ *“Lo he visto una ayuda. Para mí ha sido muy positivo y muy bueno (los módulos, los ejercicios)”.*
- ✓ *“En general no es que sea un psicólogo, pero ayuda mucho a cambiar la perspectiva de vida. Las expectativas que tenía con el programa se han cumplido”.*
- ✓ *“El programa sí que me ha ayudado. Considero que es útil hacerlo en algún periodo de tu vida si estás depresivo”.*
- ✓ *“Es como si tuvieras una herramienta de ayuda en casa. Me sentía apoyada y me obligaba a hacer las actividades y eso me motivaba. Es una herramienta que sirve para todo el mundo”.*
- ✓ *“Considero que es útil pero es como complemento a lo que sería una terapia cara a cara. Es una herramienta complementaria pero no sustituye la terapia cara a cara”.*
- ✓ *“Ha sido un programa útil, fue una actividad que la vi bien y me ha ayudado”.*
- ✓ *“Las actividades me han parecido interesantes. Yo estaba baja de ánimo y hay actividades que me venían bien y me han ayudado, otras no”.*

- ✓ *“Muy bueno, si necesitara volver a hacerlo lo haría. En general me ha parecido muy bien, excelente. Me ha ayudado mucho”.*
- ✓ *“Me ha parecido bastante útil, con el programa te das cuenta de cosas que hacías y no recordabas, como por ejemplo actividades. Las valoras más y esto cuando estás decaído te cuesta. A mí me ha servido mucho”.*
- ✓ *“Cuando empecé me gustó mucho. Me pareció muy interesante. Pero pienso que las personas que estén gravemente deprimidas necesitarán también tener a alguien. Al programa le falta algo para la gente con problemas más graves, pero para la gente que no tiene este tipo de problemas es genial”.*
- ✓ *“A mí me ha gustado, es una forma de enfocar la vida. Hace que te pares a pensar y ver las cosas de otra manera más positiva, es lo que me ha ayudado. A las personas con bajo estado de ánimo les puede venir muy bien”.*
- ✓ *“Me ha ayudado mucho, es una herramienta útil para no entrar en depresión. A mí me ayudó a planificarme y eso me servía para tomar descansos, no entrar en pensamientos negativos. Es una herramienta muy útil para gente que está en el paro. Gracias por haberme ayudado”.*
- ✓ *“Me ha resultado de gran ayuda. No tenía muy buen estado de ánimo y las actividades me ayudaban. Lo volvería a hacer”.*
- ✓ *“Me pareció interesante, pero tenía unas expectativas diferentes. Debería profundizar un poco más en el problema. El programa se queda como más general, en la superficie, quizá para más adelante debería entrar más en la problemática de cada uno y no en dar pautas generales”.*
- ✓ *“Me ha parecido muy productivo. Me ayudaba mucho. Ahora sigo en el paro, pero estoy más feliz, me siento realizada. Me he puesto a estudiar lo que siempre había querido y saco sobresalientes”.*
- ✓ *“El programa sí que me ayudó. El principio me costó (lo de los objetivos, pero porque a mí esto me cuesta) pero al final muy bien”.*

- ✓ *“En general tengo una buena opinión sobre el programa, porque estaba pachucha y me fue bien para animarme. Me pareció un poco largo y pesado, pero había módulos que me han ayudado, que me servían. Es un programa curioso”.*
- ✓ *“Está bien, pero con mi forma de ser no me ha sido muy útil. Muchas cosas que me decía el programa ya las tenía asumidas”.*
- ✓ *“Sí que me ayudó bastante, me parece bastante útil, y si la gente lo sigue y sigue bien lo que hay que hacer le puede ir muy bien”.*
- ✓ *“Me ha gustado mucho, hay cosas que intento seguir poniendo en práctica como disfrutar de las pequeñas cosas, intentar sonreír.... Me ha ayudado a ver la parte positiva de las cosas”.*
- ✓ *“Me ha resultado fácil de seguir, ameno, interesante (los vídeos ayudaban al entendimiento)”.*
- ✓ *“Estoy contento de haber participado. En general, realmente es útil, me ha ayudado. Mejoraría lo del diario de actividad, haciéndolo más personalizado. Por ejemplo, si a uno le satisface ir de escapada pero no lo hace animarle a ello, sobre todo si tiene bajo estado de ánimo”.*
- ✓ *“A mí me ha ayudado mucho. Nunca había hecho nada como esto. Con el diario me podía organizar. Si me pasa algo malo o estoy baja de ánimos, he aprendido a darle tiempo al tiempo y a valorar las pequeñas cosas de la vida. Si me dijeran de volver a hacerlo lo haría”.*
- ✓ *“Considero que es bastante útil para cuando te pasan cosas que no puedes afrontar”.*
- ✓ *“Lo considero interesante como herramienta para ayudar a personas que tengan dificultades para superar sus problemas. A mí no me ha ayudado mucho porque no tenía problemas tan graves y el hacer el programa no me influía en el estado de ánimo. Pero a una persona que realmente lo necesite sí que puede serle muy útil”.*
- ✓ *“A mí me parece un programa muy útil, me ha ayudado muchísimo. He ido en el camino de todo lo que plantea el programa”.*

- ✓ *“Me he quedado con una buena impresión de los módulos. El programa me ha ayudado a ver las cosas de otra manera, sobre todo cuando estás decaído”.*
- ✓ *“Me ha gustado. Es muy útil para que la gente piense sobre sí misma y sobre sus problemas”.*
- ✓ *“Me ha dado estrategias para mi vida cotidiana. Me ha gustado, aunque a veces me resultó un poco pesado al realizar las actividades, un poco repetitivo y monótono”.*
- ✓ *“El programa está muy bien y me ha ayudado mucho. No le cambiaría nada”.*
- ✓ *“Aunque algunas partes del programa me han resultado un poco pesadas, otras considero que están muy bien y te ayudan a darte cuenta de cosas que tu sola no te habías dado cuenta. En general me ha ayudado y me ha gustado”.*
- ✓ *“El programa me ha parecido muy bueno. Únicamente que como mi problema era en concreto estar en desempleo me habría gustado que se trabajara este aspecto de forma más específica. Pero a nivel general me ha servido”.*
- ✓ *“Me ha ayudado muchísimo, se lo recomendaría a cualquiera”.*
- ✓ *“Para mí lo mejor de todo han sido los videos, están muy bien hechos”.*
- ✓ *“A mí me ha gustado mucho y en determinados momentos he vuelto a revisar los módulos para seguir poniendo en práctica lo aprendido”.*
- ✓ *“Es muy positivo realizar el programa. Es una herramienta muy útil y te facilita poder tomar decisiones y mejorar las actividades de tu vida diaria para ser cada día más feliz a pesar de los problemas. Te ayuda a ver la vida de otra manera”.*
- ✓ *“Excelente. Es simple de entender y los ejercicios y consejos son cosas muy fáciles de aplicar a la vida diaria. El programa me ha ayudado a darme cuenta de muchas cosas y tener el valor que necesitaba para tomar decisiones importantes”.*
- ✓ *“El programa está muy bien hecho y bien explicado. Me ha aportado mucho. Me han gustado mucho las imágenes”.*

- ✓ *“El programa motiva y a mí me ha ayudado. El hecho de que haya unas actividades está bien para llevar a la práctica lo aprendido y así es cuando realmente se obtienen resultados”.*
- ✓ *“A mí me ha resultado interesante y provechoso para planificar mis actividades, organizarme y tener una sensación de utilidad. Con el programa he descubierto que con esfuerzo puedo mejorar”.*
- ✓ *“El programa, me ha encantado, es genial y muy buena idea. Puede ahorrarte mucho dinero en psicólogos y te puede evitar muchas depresiones. Te ayuda a replantearte tu vida y ser más feliz”.*
- ✓ *“Gracias al programa me siento más preparado para afrontar el futuro. La vida no sabes que te puede traer, y el programa me ha dado estrategias para afrontar los problemas”.*
- ✓ *“En mi opinión el programa está bien, pero pienso que no se puede ayudar a las personas más graves mediante un programa. En esos casos habría que complementarlo con algo más. Solo con el programa no sería suficiente”.*
- ✓ *“Realizar el programa es una de las mejores experiencias que me han pasado. Me ha ayudado a ir cambiando pequeñas cosas del día a día, por lo que le estoy muy agradecida. Empecé sin muchas ganas y pensando que eso yo no lo necesitaba y me ha cambiado la vida. Me habría gustado poder compartir experiencias con otros usuarios del programa para intercambiar opiniones y vivencias”.*
- ✓ *“Con el programa eres consciente de cómo estás y si te encuentras mal o te falta motivación, te da herramientas para cambiarlo”.*
- ✓ *“El programa lo veo bien para personas que tienen bajo estado de ánimo”.*
- ✓ *“Considero que es un programa muy útil. Sobre todo para la gente que estamos en desempleo, ya que nos baja la autoestima y el programa nos ayuda a saber como organizar nuestro tiempo, sentirnos mejor con nosotros mismo. A mí me ha ayudado mucho”.*
- ✓ *“Me ha gustado mucho el material. Los contenidos, los videos y los ejercicios están muy bien”.*

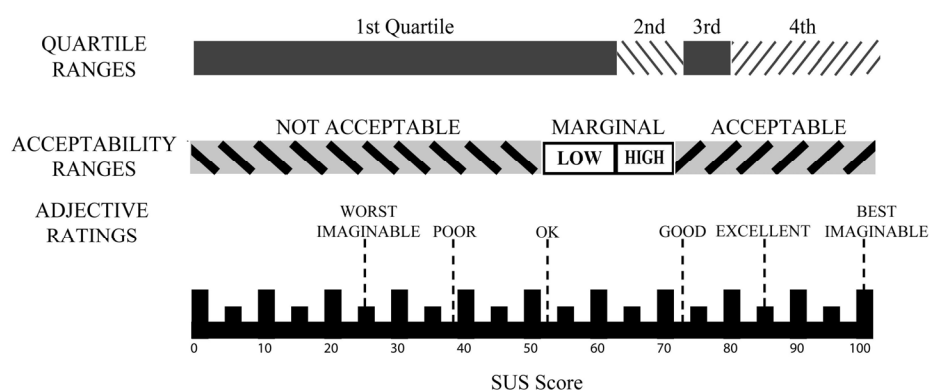
- ✓ “El programa me ha ayudado. Lo que más el Diario de Actividad, porque me hacía darme cuenta de cómo era yo y de cómo había estado ese día y así mejorarlo al día siguiente”.
- ✓ “En mi opinión es un programa interesante, agradable y bastante sencillo de entender y comprender. Me ha aportado mucho”.

6.9. USABILIDAD Y ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Para los datos incluidos en este apartado contamos con 28 participantes de la condición SSA y 36 de la condición SCA. Son los participantes que contestaron la evaluación post-tratamiento donde se les preguntaba sobre la usabilidad y aceptación del programa.

En la Tabla 67 se presentan las medias y las desviaciones típicas de ambas medidas y los resultados de los ANOVAs. Se observa que la media en las dos variables analizadas es elevada, situándose los valores entre 80 y 90, en una escala de 0 a 100.

Concretamente, según las categorías establecidas para las diferentes puntuaciones obtenidas en la escala SUS (Bangor et al., 2008), el programa se califica como “aceptable” (según los rangos de aceptabilidad) y obtiene una calificación de lo “Mejor imaginable” según el rango de calificaciones de los adjetivos utilizados en la escala (Ver Figura 29).



Fuente: Bangor et al. (2008).

Figura 29- Categorías establecidas para las diferentes puntuaciones obtenidas en la escala SUS.

Los resultados de los ANOVAs de un factor mostraron que no existían diferencias entre los grupos de intervención en ninguna de las dos variables, por lo que todos los participantes pensaban que el sistema era muy usable y aceptable (Ver Tabla 67).

Tabla 67- Medidas de usabilidad y aceptación del programa de las dos condiciones de intervención analizadas utilizando ANOVAs de un factor.

VD	Condición	M	DT	F	p
CUA	SSA	85,09	11,64	0,25	0,617
	SCA	83,68	10,70		
	Total	84,30	11,05		
SUS	SSA	89,82	12,87	0,06	0,804
	SCA	89,17	8,00		
	Total	89,45	10,33		

Nota. VD= Variable dependiente; M= Media; DT= Desviación típica; F= valores de F; p= grado de significación; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=28); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=36); CUA= Cuestionario de Usabilidad y Aceptación; SUS= System Usability Scale.

6.10. TASA DE ABANDONOS EN FUNCIÓN DEL APOYO RECIBIDO A LO LARGO DE LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA

Por último, en este apartado se van a presentar los datos referidos a la tasa de personas que abandonaron el programa antes de terminar los 8 módulos de tratamiento y si hay diferencias al respecto en función de haber recibido o no apoyo por parte del terapeuta a lo largo del mismo.

En la Tabla Tabla 68 se puede observar el porcentaje y número de abandonos, en función de si pertenecían a la condición SSA o SCA. Respecto al análisis llevado a cabo se realizó una prueba Chi-cuadrado. Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos experimentales en cuanto a la tasa de abandonos ($\chi^2 = 0,202$; g. l. = 1; $p = 0,653$).

Tabla 68- Número y porcentaje de abandonos a los largo de la realización del programa en la condición SCA y la condición SSA.

VD	SSA	SCA	Total
Abandonos			
N abandonaron (%)	8 (22,2 %)	8 (18,8 %)	16 (20 %)
N finalizaron (%)	28 (77,8 %)	36 (81,8 %)	64 (80 %)

Nota. VD= Variable dependiente; SSA= Condición experimental sin apoyo por parte del terapeuta (n=36); SCA= Condición experimental con apoyo por parte del terapeuta (n=44); N abandonaron= Número y porcentaje de participantes que abandonaron el programa antes de finalizarlo; N finalizaron= Número y porcentaje de participantes que finalizaron el programa.

7. DISCUSIÓN

El objetivo principal de la presente tesis fue someter a prueba un protocolo de intervención auto-aplicado a través de Internet para la prevención y el tratamiento de la depresión de gravedad leve o moderada. Todos los participantes incluidos en el estudio estaban viviendo acontecimientos negativos o estresantes (desempleo, deudas, enfermedad, etc.) que interferían de forma importante en sus vidas. Además 33 (26,61 %) de ellos cumplían los criterios diagnósticos de un TDM u otro TE (o varios trastornos comórbidos).

Una aportación importante de este trabajo es que lleva a cabo un estudio controlado para ofrecer datos acerca de la eficacia de dicho programa auto-aplicado a través de Internet, teniendo en cuenta dos formatos de aplicación: sin ningún tipo de apoyo por parte del terapeuta *verus* con un apoyo mínimo centrado únicamente en proporcionar ánimos y motivar a los participantes para que realizaran el programa, así como en recordar la importancia de realizar las diferentes tareas que se pedían en cada uno de los módulos.

La primera parte de la discusión se centrará en el análisis de los resultados obtenidos en el estudio en relación a cada uno de los objetivos e hipótesis planteadas. Posteriormente, se expondrán las limitaciones que presenta la investigación llevada a cabo y se indicarán las principales conclusiones obtenidas. Finalmente, se delimitarán las líneas de trabajo futuras.

El primero de los objetivos del estudio se dirigió a analizar la eficacia del protocolo de tratamiento auto-aplicado a través de Internet (con y sin apoyo por parte del terapeuta) en la mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas. Para ello, comparamos la eficacia del protocolo de tratamiento teniendo en cuenta las dos estrategias utilizadas para la aplicación del mismo (sin apoyo y con apoyo por parte del terapeuta) frente a un grupo control lista de espera. En este caso, los resultados mostraron que, en la medida de resultado principal (BDI-II) y en las variables clínicas ODSIS, OASIS y PANAS-, se produjo un efecto momento y un efecto interacción cuyo análisis reveló que los participantes en ambas condiciones de tratamiento mejoraron de forma similar y significativamente más que los participantes de la condición control lista de espera. Además, en estas medidas en las que se encontró efecto interacción se obtuvieron tamaños del efecto medios o grandes, en ambas condiciones. Las únicas excepciones a este respecto las constituyeron las medidas del afecto positivo (PANAS+), de la percepción de la calidad de vida (QLI) y del grado en que el entorno les resultaba reforzante

(EROS), ya que en estas medidas los participantes de los grupos de intervención no mejoraron significativamente en comparación con el grupo control. En el caso de la búsqueda de gratificación personal (EOS) el efecto interacción fue marginalmente significativo. En cuanto al PANAS +, se observa que las puntuaciones de ambos grupos de tratamiento mejoraron, pero que también lo hizo, aunque en menor grado, la puntuación del grupo control. Hay que tener en cuenta que las puntuaciones medias encontradas en relación al afecto positivo antes del tratamiento fueron bastante elevadas (SSA= 29,22; SCA= 27,86), situándose dentro del rango de puntuaciones de la población normal (Crawford y Henry, 2004). Es importante remarcar que, aún así, mejoraron, y en mayor medida en los grupos de intervención que en el grupo control lista de espera. Por su parte, en el caso de la percepción de su calidad de vida, percepción de refuerzo en el entorno y búsqueda de gratificación personal, sucede lo mismo, las puntuaciones de los participantes de los dos grupos que realizaron la intervención aumentan, pero también lo hacen, aunque menos, las puntuaciones de los participantes del grupo control. Esto podría tener relación con una circunstancia inherente al proceso de evaluación, pues al finalizar el mismo se informaba a los participantes del grupo control que tendrían acceso al programa una vez pasadas las 12 semanas de espera. Este hecho les podría haber ayudado a sentirse un poco mejor, ya que iban a recibir ayuda.

Respecto a la medida *Brief COPE*, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en cada uno de los tres factores analizados (Afrontamiento Cognitivo, Afrontamiento Social y Bloqueo del Afrontamiento) (Morán, et al., 2010) no se encontró efecto de interacción en ninguno de ellos. Cabe remarcar que el afrontamiento cognitivo mejora significativamente en los dos grupos de intervención, pero también lo hace el grupo control lista de espera. Teniendo en cuenta la opinión cualitativa referida por los participantes, estos resultados nos han llevado a reflexionar. Quizás la medida de evaluación utilizada no es capaz de apresar adecuadamente los cambios producidos en la capacidad de afrontamiento de los participantes. Este razonamiento se ve reforzado por las opiniones referidas por los mismos en relación al programa: *“Es un programa muy constructivo y ayuda en determinadas situaciones y estados de ánimo bajos a seguir adelante”*; *“Es una herramienta útil para ayudar a gente a salir de los problemas”*; *“Me ha reforzado para afrontar situaciones complicadas”*; *“Considero que es bastante útil para cuando te pasan cosas que no puedes afrontar”*; *“Lo considero interesante como herramienta para ayudar a personas que tengan dificultades para superar sus problemas”*; *“Me ha dado estrategias para afrontar los problemas de mi vida cotidiana”*.

Nuestros resultados van en la línea de los presentados en las revisiones sistemáticas acerca de este tema que muestran que los tratamientos a través de Internet y los tratamientos computarizados son intervenciones eficaces (Cuijpers, et al., 2008; Spek et al., 2007; Richard y Richardson, 2012; Titov, 2011). Además, los resultados de meta-análisis de tratamientos que utilizan como soporte Internet y de tratamientos computarizados indican que producen mayores tamaños del efecto que las condiciones de control (Andersson y Cuijpers, 2009; Andrews, et al., 2010; Cuijpers et al.2009; Cuijpers, et al., 2010; Cuijpers, Donker et al., 2011; Richards y Richardson, 2012).

Podemos decir que, la **primera hipótesis** referida a que las dos condiciones de intervención han sido más eficaces que el grupo control lista de espera, ha recibido apoyo a través de los datos obtenidos en el estudio.

Otro objetivo planteado en el presente estudio fue comprobar si en los participantes que realizaron el programa de tratamiento se reducía la interferencia provocada por los acontecimientos estresantes que estaban viviendo, en comparación con el grupo control lista de espera. El estresor que estaban sufriendo un número mayor de personas cuando empezaron su participación en el estudio era el desempleo, siendo este el acontecimiento que más interferencia provocaba en sus vidas. Esto refleja la situación económica tan grave que acontece actualmente en nuestro país. Un total de 20 participantes había encontrado trabajo, por tanto, los análisis se realizaron con aquellos que todavía estaban desempleados en el post-tratamiento. Un dato que consideramos importante es que la interferencia provocada por el hecho de no tener trabajo se reduce significativamente en los participantes que realizan el programa de tratamiento, en comparación con los que se mantuvieron en lista de espera. Además, este dato se ve apoyado por la opinión cualitativa que refieren algunos de los participantes al finalizar el programa: *“Considero que el programa ayuda a gente agobiada por la crisis económica”*; *“Es una herramienta útil para que la gente que está en el paro no entre en depresión”*; *“Me ayudaba mucho. Ahora sigo en el paro, pero estoy más feliz, me siento realizada”*. Además, se redujo también la interferencia provocada por otros acontecimientos: que otros familiares estuvieran en desempleo, tener deudas, el hecho de padecer una enfermedad (o un familiar), por tener conflictos (laborales/familiares) o por otros acontecimientos negativos diferentes a los anteriores, en comparación con el grupo que no realizó el tratamiento. Cuando se preguntó por la interferencia que seguían provocando los acontecimientos, algunas frases referidas por los participantes que reflejan la disminución de

la misma son: *“La situación ha cambiado desde que empecé el programa. Sigo estando desempleada pero no estoy tan mal. Cuando empecé el tratamiento estaba deprimida y ahora lo veo todo de forma distinta”*; *“Sigo desempleada, pero lo llevo bien, me han servido mucho los consejos del programa. Ocupo mi tiempo y he empezado a estudiar”*, *“El hecho de no tener pareja ya no me genera malestar. A raíz de hacer el programa estoy más centrada en mí misma, en mis estudios y disfruto de las pequeñas cosas (el cielo, los pájaros, etc.). Ahora me siento feliz conmigo misma”*; *“Sigo estando en desempleo, pero ahora lo afronto mucho mejor e intento que no interfiera en mi vida”*. Estos resultados, que muestran la reducción de la interferencia provocada por los acontecimientos vitales negativos y estresantes, conforman el logro de un objetivo muy importante del programa de tratamiento, a saber, que la persona sea capaz de superar el problema que le está limitando. Además, que adquiriera las herramientas necesarias para seguir afrontando las dificultades y acontecimientos difíciles que se nos presentan por el hecho inherente de estar vivos. Estos resultados se suman a la evidencia presentada en otros estudios sobre los efectos logrados por los tratamientos psicológicos que han utilizado las TIC's en otros trastornos relacionados con el estrés: el TEPT (Baños et al., 2009; Botella, Baños et al., 2006; Botella, García-Palacios et al., 2010; Botella, Quero et al., 2006; Rothbaum et al., 2004), el duelo complicado (Baños et al., 2005; Botella, Osma et al., 2008) y los trastornos adaptativos (Andreu-Mateu, 2009; Andreu-Mateu et al., 2012; Baños et al., 2008; Andreu-Mateu, 2011). Tanto los cambios significativos en las puntuaciones de interferencia observadas en el grupo de participantes que realizaron la intervención en comparación con el grupo control, como sus opiniones cualitativas, reflejan como el protocolo de tratamiento les ha ayudado afrontar mejor las situaciones difíciles que estaban viviendo.

Podemos concluir que la **segunda hipótesis** planteada también se ha cumplido, pues la interferencia provocada por los diferentes acontecimientos vitales negativos es menor después de haber realizado el programa de tratamiento.

El tercero de los objetivos planteados era comparar la eficacia diferencial del programa de tratamiento auto-aplicado a través de Internet en función de si los participantes recibían o no la llamada de apoyo semanal por parte del terapeuta. Los análisis estadísticos llevados a cabo indicaron que ambas condiciones de tratamiento mejoraron en igual medida, sin diferencias significativas entre ellas, pues no se encontró efecto interacción en ninguna de las variables analizadas. En las dos condiciones se encontró el mismo tamaño del efecto en las diferentes variables clínicas analizadas, con la excepción de las medidas OASIS y PANAS – en las que en el

grupo SCA se obtuvo un tamaño del efecto grande, a diferencia de lo sucedido en el grupo SSA en el que el tamaño del efecto fue medio, y en la medida EROS, en la que se obtuvo un tamaño del efecto medio en el grupo SCA, mientras que en el grupo SSA fue pequeño.

Por tanto, en nuestro estudio los resultados son mixtos porque, si bien es cierto que en el grupo que recibió la llamada de apoyo semanal por parte del terapeuta se encontró un tamaño del efecto mayor en tres de las variables analizadas, en el resto de variables (incluida la medida de resultado principal: BDI-II) el tamaño del efecto fue similar y los datos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de intervención.

Por consiguiente, nuestros resultados no apoyan lo que indican la mayoría de estudios en cuanto a los programas totalmente auto-aplicados. Esto es, que los programas auto-aplicados enteramente, sin ningún apoyo humano, parecen tener menos beneficios, como concluye Titov, (2011) en su reciente revisión. El trabajo de revisión y meta-análisis de Richards y Richardson, (2012) refiere también que las intervenciones auto-aplicadas que cuentan con el apoyo por parte de un terapeuta (o por parte de personal administrativo) dan mejores resultados, mostrando mayores tamaños del efecto. Este hecho coincide también con los resultados de la revisión llevada a cabo recientemente por Johansson y Andersson (2012) cuyo objetivo principal fue estudiar si los diferentes grados de apoyo proporcionados pueden influir en los resultados de una intervención auto-aplicada a través de Internet. Ahora bien, cabe señalar que estos autores por apoyo entienden únicamente cuando tiene lugar un contacto humano y no por parte de cualquier sistema basado en TIC's y automatizado. En su trabajo, Johansson y Andersson (2012) encontraron que los tamaños del efecto entre grupos variaban dependiendo del grado de apoyo humano comprobándose que más apoyo producía tamaños del efecto más grandes. Sin embargo, empieza a haber evidencia en la literatura que muestra la eficacia de los tratamientos auto-aplicados sin ningún apoyo humano. Un reciente meta-análisis (Cuijpers, Donker et al., 2011) ha confirmado la eficacia general de los tratamientos totalmente auto-aplicados (sin ningún tipo de contacto y apoyo por parte de un terapeuta, asesor o investigador), comparados con una condición control, para personas adultas que cumplen los criterios de un trastorno depresivo. Asimismo, los resultados obtenidos en estudios que comparan la eficacia de los tratamientos auto-aplicados con apoyo frente a los que no lo reciben van en la línea de lo que muestran los datos de la presente tesis. Esto es, eficacia comparable cuando se da apoyo humano frente a cuando no se da.

Como se ha referido en la parte teórica, en un estudio llevado a cabo por Clarke et al. (2005), no se encontró ninguna diferencia en el post-tratamiento entre el grupo que recibió el tratamiento auto-aplicado más recordatorios a través de tarjetas postales y otro grupo que recibió breves llamadas telefónicas de menos de 5 minutos de duración, con el mismo contenido de los recordatorios postales. Estas llamadas, como sucede en nuestro estudio, no tenían ningún contenido relacionado con cualquiera de las actividades de la terapia, ni se daba ningún consejo desde el punto de vista clínico. Además se encontraron mejoras modestas pero estadísticamente significativas de los dos grupos de intervención respecto al grupo control, que en este caso consistía en recibir el tratamiento habitual. Otro estudio llevado a cabo por Farrer et al. (2011) también ha mostrado la eficacia de un programa de tratamiento auto-aplicado en la reducción de la depresión con y sin seguimiento telefónico semanal por parte de un terapeuta, en comparación con el tratamiento habitual. En este caso, en las llamadas semanales (de 10 minutos de duración) tampoco se ofrecía terapia, consejo o asesoramiento desde el punto de vista clínico, al igual que en nuestro estudio. Además, en un estudio centrado en investigar específicamente el efecto del apoyo por parte del terapeuta en los tratamientos auto-aplicados a través de Internet para la depresión (Almlöv et al. 2009), únicamente se encontró un efecto discernible del terapeuta en una medida de resultado secundaria, no pudiendo confirmar un efecto del terapeuta sobre las medidas de los síntomas depresivos y en la medida de la ansiedad. En este estudio los participantes recibían un contacto mínimo por parte del terapeuta (por lo general, no más de 100 minutos por paciente).

Otro trabajo (Berger et al., 2011) cuyo objetivo también fue comparar la eficacia de un programa auto-aplicado, sin ningún apoyo por parte del terapeuta con la misma intervención con apoyo semanal por parte del mismo (aunque en este estudio vía e-mail) y a su vez comparando ambas intervenciones con un grupo control lista de espera, encontró que en ambos grupos de tratamiento se produjo una reducción significativa de los síntomas de depresión en comparación con el grupo control. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos tratamientos activos y en ambos los logros del tratamiento se mantuvieron en el seguimiento. Sin embargo, según los autores de este último estudio, dado que a todos los participantes se les realizó una entrevista telefónica para establecer el diagnóstico antes de la inclusión en el estudio, no se puede afirmar que los participantes del grupo sin apoyo no tuvieron ningún contacto con el terapeuta, sí, que se trata de un grupo que no recibió apoyo directo por parte de un clínico a lo largo del proceso de realización del programa, como sucede en nuestra condición SSA. La importancia de

determinar la frecuencia de apoyo necesaria para que los tratamientos auto-aplicados sean eficaces está muy vigente en la investigación actual, y no sólo por lo que se refiere a los tratamientos auto-aplicados para la depresión. Un estudio reciente (Wootton et al, 2013), en este caso referido a un programa auto-aplicado para el TOC, ha estudiado la eficacia diferencial de dicho programa con contacto por parte del terapeuta dos veces a la semana o con contacto una sola vez. Los resultados mostraron que los participantes que sólo recibieron apoyo una vez a la semana obtuvieron beneficios significativos del pre al post-tratamiento, comparables a los que recibieron apoyo dos veces. Además, a pesar de que se redujo el contacto con el clínico los niveles de aceptación con el programa fueron elevados. Los datos indican que se pueden obtener también buenos resultados reduciendo la frecuencia de apoyo y que dicha frecuencia es igualmente aceptada. En cualquier caso, surgen nuevas preguntas, ya que como bien recalcan estos autores, es posible que no todos los participantes requieran la misma cantidad de apoyo. Del mismo modo, la ayuda sólo podría ser requerida en momentos críticos del programa de tratamiento, en lugar de a intervalos semanales. Sin embargo, estas hipótesis requieren investigaciones adicionales.

Por tanto, nuestros resultados reflejan la realidad encontrada en la literatura, no concluyente en cuanto a los beneficios del apoyo proporcionado por un terapeuta a lo largo de un tratamiento auto-aplicado. De ahí la importancia de clarificar estos aspectos con estudios con las características que presenta esta tesis. Como se ha referido anteriormente muchos trabajos señalan la superioridad de este tipo de tratamientos cuando se proporciona apoyo humano, sin embargo actualmente hay evidencia sobre la eficacia comparable de los tratamientos totalmente auto-aplicados frente a los que reciben algún tipo de apoyo. Además, en la mayoría de estudios (Johansson y Andersson, 2012) se habla de apoyo sólo cuando hay contacto humano. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el apoyo proporcionado por el propio sistema también puede influir en los resultados. Por tanto, se tiene que considerar también el apoyo proporcionado por el propio programa de intervención: desde ningún apoyo hasta programas interactivos que mandan correos electrónicos de recordatorio o SMS al móvil que motivan a seguir adelante y a realizar las tareas. Por tanto, son necesarios los estudios que se centren en evaluar como afecta un tipo de apoyo concreto a la eficacia de un programa de intervención auto-aplicado, ya que, posiblemente el apoyo automático mediante las TIC's también tenga importantes beneficios como sucede en nuestro caso.

Entendemos que esta es una aportación importante de nuestro estudio. Los datos demuestran que en el grupo que no recibe la llamada por parte del clínico a lo largo del tratamiento, pero sí recibe mensajes automáticos de recordatorio al teléfono móvil y un correo electrónico de recordatorio semanal, estos pueden estar haciendo una función similar a la llamada semanal de apoyo por parte del terapeuta, por lo que no sería necesaria dicha llamada, ahorrando así más aún el tiempo invertido por el clínico en este tipo de tratamientos. Se sabe que cuando se utiliza un tratamiento auto-aplicado el tiempo del terapeuta se reduce considerablemente, comparado con el que se dedica en los tratamientos cara a cara. En el caso concreto de la depresión en un 50 % (Andrews et al., 2010). Por tanto, si sólo se realiza un contacto con el paciente antes de realizar el programa y a lo largo del proceso de tratamiento se envían mensajes automáticos animándole a entrar y a realizar las tareas, como ha sucedido en el grupo SSA, se reduce aún más el tiempo invertido por el clínico. Además, se sabe que el contacto antes del tratamiento es muy importante, obteniéndose incluso mayores tamaños del efecto cuando hay contacto antes y durante el tratamiento que cuando sólo hay contacto durante el mismo (Johansson y Andersson, 2012). Este contacto en el pre-tratamiento se realiza a menudo en forma de una entrevista de diagnóstico estructurada (Perini et al., 2009; Vernmark et al., 2010) como ha sucedido en el presente estudio. Tal y como señalan Johansson y Andersson, 2012 en su revisión, son necesarios los estudios que aporten datos acerca de si el contacto pre-tratamiento, incluyendo los procedimientos de diagnóstico estructurados, modera el resultado, tanto en los tratamientos con apoyo por parte del terapeuta a lo largo de la realización del programa auto-aplicado, como en los que éste no proporciona ningún apoyo. Son importantes las investigaciones futuras en esta línea, siempre teniendo presentes las posibles desventajas y problemas que puede tener el hecho de eliminar el contacto para establecer el diagnóstico. En nuestro caso no podemos afirmar nada a este respecto, pues todos los participantes tuvieron un contacto humano inicial para establecer un posible diagnóstico y delimitar si cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En resumen, podemos concluir que la **tercera hipótesis** que planteamos en el estudio básicamente también se confirmó ya que ambas condiciones de tratamiento fueron igualmente eficaces. En ambas se observaron cambios estadísticamente significativos con tamaños del efecto similares.

Otro de los objetivos planteados era comprobar si el grupo SCA presentaba menos tasas de abandonos que el grupo SSA. En el grupo SSA abandonaron el 22,2% de los participantes y

en el grupo SCA el 18,8%. Los datos indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos experimentales en cuanto a la tasa de abandonos. Los resultados de estudios que analizan las tasas de abandono en función del apoyo recibido durante el tratamiento auto-aplicado no van en la línea de lo que se ha encontrado en la presente investigación. De acuerdo con la evidencia aportada por la literatura, los estudios que proporcionan apoyo por parte del terapeuta a lo largo de la intervención aumentan la adherencia al tratamiento hasta un 30-40% en comparación con los estudios que no ofrecen ningún apoyo (Richards y Richardsson, 2012).

Cabe pensar que en nuestro estudio la tasa de abandonos ha sido la misma en ambas condiciones porque aunque el grupo SSA no recibía la llamada de apoyo semanal por parte del terapeuta, sí recibía los mensajes al teléfono móvil que tenían prácticamente el mismo contenido que la llamada de apoyo: les animaba a entrar al programa, seguir realizando las tareas y completar el Diario de Actividad. Por tanto, también se les motivaba a seguir adelante con la realización del programa. Además, si llevaban más de una semana sin acceder al sistema, los participantes de ambas condiciones recibían un correo recordándoles que llevaban días sin entrar, enviado por el propio programa. No obstante, la llamada de apoyo sí que tuvo un efecto notable en el hecho de animar a los participantes a empezar a realizar el programa. Después de la asignación al azar a cada una de las condiciones, tal y como se muestra en el diagrama de flujo, más participantes del grupo SCA dieron el paso de comenzar el tratamiento. Concretamente, empezaron 44 participantes del grupo que recibía la llamada de apoyo y 36 del que no la recibía. Por tanto, consideramos que realizar llamadas de apoyo al inicio del programa, así como el contacto previo al inicio del tratamiento resulta de gran importancia, como ya han señalado otros autores (Johansson y Andersson, 2012). Una vez han iniciado el tratamiento, recibir los mensajes automáticos al móvil para potenciar la motivación sería suficiente para que la mayoría de las personas siguieran adelante y terminaran el programa. Nuestros datos indican que no es necesario el contacto con el terapeuta semanalmente para aumentar la adherencia. A esta misma conclusión llevan los resultados de un estudio reciente realizado por el equipo de Gavin Andrews en Australia (Hilvert-Bruce et al., 2012) que ha investigado la influencia que tiene la frecuencia del contacto por parte de un clínico en la adherencia de los pacientes a los tratamientos auto-aplicados a través de Internet para la depresión y los trastornos de ansiedad. Aunque es verdad que los resultados mostraron una relación positiva entre el contacto por parte del clínico y la adherencia a lo largo de la intervención, los pacientes que fueron contactados recibieron, en promedio, dos contactos a

lo largo de la duración del programa. Esto sugiere que el contacto clínico no necesita ser muy extenso ni frecuente para tener un impacto importante en los niveles de adherencia (Hilvert-Bruce et al., 2012). Se necesita más investigación, que al igual que dicho estudio y el trabajo en la presente tesis, intente clarificar como influyen la cantidad, la frecuencia y el tipo de apoyo (por parte de un terapeuta, automatizado, etc.) en las tasas de abandono.

Por tanto, nuestros datos no apoyan la **cuarta hipótesis** referida a que el grupo con apoyo presentaría menos tasas de abandono que el grupo sin apoyo por parte del terapeuta. Como se ha referido anteriormente, debido posiblemente al hecho de que nuestro grupo SSA, aunque no recibe apoyo por parte del terapeuta, sí lo recibe de manera automática a través de SMS y de e-mails de recordatorio. Esto podría haber hecho la misma función de “apoyo a lo largo de la realización del programa” aunque en este caso a través de las TIC’s. Es importante seguir investigando en este campo.

El quinto de los objetivos que nos planteamos fue comprobar si los cambios que esperábamos conseguir con la aplicación del programa de tratamiento se mantenían en el tiempo. En este sentido, encontramos que las mejoras significativas obtenidas en ambos grupos de intervención en el post-tratamiento se mantuvieron a lo largo de los seguimientos llevados a cabo a los 3 y a los 6 meses en todas las medidas evaluadas sin diferencias significativas entre ellos (incluida la medida de resultado principal: BDI-II). Lo anterior ocurrió con la excepción de la medida OASIS, cuyas puntuaciones si se mantuvieron del post-tratamiento al seguimiento de los 3 meses pero no del post-tratamiento al seguimiento de los 6 meses; el afecto negativo, que aumento significativamente del post-tratamiento a los seguimientos, aunque sin llegar a las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento; y la medida EOS, cuyas puntuaciones también empeoraron en el seguimiento de los 3 meses en relación al post-tratamiento, aunque, de igual modo, seguían siendo inferiores a las obtenidas en el pre y no se encontraron diferencias significativas entre la evaluación post-tratamiento y la evaluación realizada a los 6 meses.

Estos resultados se suman a la evidencia presentada en otros estudios sobre el mantenimiento de los efectos logrados por los tratamientos psicológicos auto-aplicados a través de Internet (Andersson et al., 2005; Andrews et al., 2010; Berger et al., 2011; Titov et al., 2011; 2012). En nuestro estudio, las mejoras se mantienen en prácticamente todas las variables evaluadas (ansiedad, afecto positivo, estado de ánimo, estrés percibido, percepción de la calidad de vida, grado en que el entorno resulta reforzante para la persona y

afrontamiento cognitivo). Aunque el afecto negativo de los participantes y la búsqueda de gratificación personal empeoran respecto a las mejorías logradas en el post-tratamiento, cabe de nuevo recalcar que las puntuaciones de los participantes siguen manteniéndose en niveles mejores que en el pre-tratamiento.

Tal y como señalaron Richards y Richardson (2012), en su trabajo de revisión y meta-análisis, en los tratamientos auto-aplicados es importante tener en cuenta las diferencias obtenidas entre el post-tratamiento y los seguimientos, ya que dicha evolución puede sugerir que los beneficios de las intervenciones computarizadas son más a corto plazo. Estos autores recalcan la necesidad de nuevas investigaciones relativas al mantenimiento de los beneficios de los tratamientos auto-aplicados. Por ello, los resultados obtenidos en nuestro estudio son relevantes, pues ofrecen datos adicionales sobre el mantenimiento de las mejoras obtenidas mediante este tipo de programas de intervención. En investigaciones futuras, siguiendo con lo recomendado por Richards y Richardson (2012), sería interesante comprobar si las intervenciones con sesiones (u otras estrategias adicionales) de refuerzo pueden ser de utilidad para mantener o incluso potenciar las mejoras conseguidas en el post-tratamiento. También, estudiar si el hecho de recibir correos automáticos semanales en los periodos de seguimiento facilita que los participantes practiquen las estrategias aprendidas durante la realización del programa de tratamiento, tal y como ha probado un estudio con un programa auto-aplicado para el TOC (Wootton et al., 2013). En dicho estudio, los datos muestran que los resultados se mantuvieron más estables del post-tratamiento al seguimiento de los tres meses cuando se enviaron los correos electrónicos automáticos, lo que indica que dichos recordatorios pueden ayudar a prevenir las recaídas y mantener los logros del tratamiento en las intervenciones a distancia. No obstante, se necesita más investigación al respecto, por lo que como se refiere más adelante lo planteamos como una de nuestras líneas futuras de trabajo.

Como conclusión, podemos decir que también en relación a la **quinta hipótesis** planteada, relativa a si los resultados obtenidos en las dos condiciones de tratamiento se mantendrían en los seguimientos, hemos encontrado resultados que la avalan, con la excepción, señalada anteriormente, de las variables: OASIS, cuyas mejoras sólo se mantienen hasta el seguimiento de los 3 meses, afecto negativo y búsqueda de gratificación personal, que empeoran respecto a los datos del post-tratamiento, aunque siguen estando mejores que en el pre-tratamiento y esto es importante.

El sexto objetivo planteado fue analizar de forma específica si se producían cambios en el afecto positivo y negativo a lo largo de la realización del programa de intervención auto-aplicado a través de Internet.

Los resultados de los análisis de la evolución de las variables clínicas medidas después de cada uno de los 8 módulos (OASIS, ODSIS, PANAS+ y PANAS –) mostraron que todas ellas siguieron una tendencia hacia la mejoría a lo largo del proceso de intervención sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En relación al afecto negativo un resultado muy interesantes es que se producen diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación realizada después del módulo 1 y las evaluaciones post-módulo 6, post-módulo 8 y post-tratamiento. En cuanto a la mejora en el afecto positivo el análisis de la evaluación post-módulo también aporta resultados interesantes al respecto. Los datos muestran que el afecto positivo aumenta significativamente de la evaluación post-módulo 6 a la evaluación post-tratamiento. Los componentes terapéuticos de psicología positiva se introducen justamente a partir del módulo 5, por lo que es importante recalcar el posible papel de estos módulos (*M5. Aprendiendo a disfrutar: La importancia de las experiencias positivas, M6. Aprendiendo a vivir: la importancia de los valores y las metas y M7. Viviendo y aprendiendo*) en la mejora del afecto negativo y el afecto positivo de los participantes.

Además, los análisis referidos a la comparación de la puntuación media en la afectividad positiva y negativa presentada por los participantes antes de empezar con los módulos de psicología positiva y la presentada a partir de la introducción de los mismos, mostró que en ambos grupos de intervención se produjo una mejora significativa tanto en el afecto positivo como en el afecto negativo. Tampoco en este caso se observaron diferencias significativas entre los dos grupos.

No hay que olvidar que aunque estos resultados son interesantes y prometedores, detrás de ellos puede esconderse un “efecto arrastre” de todos los aspectos trabajados en los módulos que preceden a la introducción de los componentes de psicología positiva. El presente estudio muestra que el programa global es útil y no permite delimitar el efecto diferencial de aplicar dichos módulos de psicología positiva o no, siendo esta una de las líneas futuras que se indican más adelante. Consideramos que es esencial seguir trabajando en el diseño y estudio de programas que, como el nuestro, no sólo van encaminados a disminuir el

malestar sino que además aumentan las emociones y experiencias positivas (Fava y Ruini, 2003; Vázquez, Hervás et al., 2006). Existen razones teóricas y empíricas (Vázquez y Hervás, 2007; Keyes y Waterman, 2003) para pensar que el afecto positivo y el afecto negativo, el bienestar y el malestar son relativamente independientes. Por tanto, se pueden reducir de manera eficaz los síntomas clínicos que esté experimentado una persona, por ejemplo con los TCC tradicionales en el caso concreto de la depresión, pero eso no conlleva necesariamente una mejora significativa de sus vidas (Vázquez y Hervás, 2008). Sabemos que los pacientes que sufren depresión, junto al alto afecto negativo presentan también un bajo afecto positivo (Brown y Barlow, 2009). De hecho, las nuevas investigaciones sobre las características dimensionales latentes de los TE han puesto de manifiesto una estructura jerárquica que hace hincapié en dos núcleos de base genética (o dimensiones de temperamento): el neuroticismo y la extraversión (Barlow, 2002; Barlow et al., 2013). Estos conceptos, basados originalmente en el modelo de Eysenck (1961, 1981), han recibido varias etiquetas, entre ellas, afecto negativo e inhibición del comportamiento como términos alternativos para el neuroticismo; y afecto positivo o activación conductual como términos alternativos a la extraversión. Cualquiera que sea el nombre que reciban, la literatura existente destaca el papel que desempeñan en el inicio, la superposición y el mantenimiento de la ansiedad y los trastornos depresivos (Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009; Griffith et al, 2010; Kessler et al., 2011). Por tanto, es fundamental trabajar en el desarrollo de programas de intervención que, como el utilizado en la presente tesis, sigan una perspectiva transdiagnóstica, dirigiéndose al núcleo fenotípico de los TE (Barlow et al., 2013). Esto es, disminuir el afecto negativo (neuroticismo), pero también a aumentar el afecto positivo (extraversión). Además, como uno de los síntomas principales de la depresión es la relativa ausencia de emociones positivas, es probablemente el trastorno en el que encajan mejor las intervenciones positivas (Vázquez y Hervás, 2008). Las intervenciones psicológicas positivas pueden ayudar a mejorar la eficacia de los tratamientos psicológicos con los que contamos (Vázquez y Hervás, 2008). Se sabe que la tasa de recuperación para el tratamiento psicológico de la depresión es del 46% (Casalenda et al., 2002). La aplicación de intervenciones positivas puede aumentar dicho porcentaje, ya que pueden favorecer variables protectoras que fortalecen a la persona de cara a situaciones difíciles en el futuro (Vázquez y Hervás, 2008), siendo este uno de los objetivos importantes de nuestro programa de intervención. La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales. Implica un estado emocional positivo, poseer expectativas positivas de cara al futuro y un modo adaptativo de interpretar la realidad, convirtiéndose estas estrategias en importantes recursos

para afrontar las adversidades y desarrollarnos como personas (Díaz et al., 2007). No obstante, hasta hace poco tiempo, los tratamientos disponibles se centraban en la reducción de síntomas negativos, sin incluir un apartado dedicado a fomentar de manera clara las emociones positivas. Esta perspectiva, poco a poco se está instaurando en las diferentes intervenciones clínicas en Psicología y ya contamos con intervenciones psicológicas para la promoción del bienestar, referidas anteriormente (Park et al., 2013). Se han evaluado estrategias y programas que permiten aumentar de forma sostenida el bienestar y la satisfacción de las personas, con y sin problemas psicológicos (Vázquez y Hervás, 2008). Sin embargo, son pocos los programas auto-aplicados a través de Internet que como *Sonreír es Divertido* incluyen componentes terapéuticos dirigidos a disminuir el malestar junto a componentes de psicología positiva (*Deprexis*, Meyer et al., 2009; y *Wellbeig Course*, Titov, Dear et al., 2012). Como se ha referido en el marco teórico, la aplicación a través de Internet de las intervenciones psicológicas positivas es un campo de investigación muy nuevo, por lo que hasta la fecha, sólo hay una revisión sobre intervenciones psicológicas positivas *online* (Mitchell et al., 2011). Por tanto, es importante seguir investigando al respecto para determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas positivas si se aplican a través de Internet (Gander, Proyer, Ruch y Wyss, 2013; Layous, Katherine y Lyubomirsky, 2013). Recientemente (Bolier et al., 2013) se han publicado los datos de la eficacia de un programa auto-aplicado dirigido a aumentar el bienestar en personas con depresión leve o moderada, basado en la psicología positiva. Los resultados muestran que el programa es eficaz en el aumento del bienestar, la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión. La intervención se basa en mejorar las fortalezas y competencias personales en lugar de en los problemas mentales y las deficiencias (Bolier et al., 2013). Sin embargo, en nuestra opinión, y según Vázquez y Hervás (2008) la forma más completa de intervención positiva es aquella que integre aspectos relativos al bienestar y la salud, con aspectos con los que ya cuentan la mayoría de los tratamientos psicológicos (centrados en el déficit). Bajo nuestro punto de vista, esta es una clara definición de lo que supone el protocolo de tratamiento que hemos denominado *Sonreír es Divertido*. Los datos de estudios futuros dirigidos a estudiar estos aspectos dirán si es necesario incorporar estos componentes con el objetivo de mejorar el afecto positivo en los protocolos de tratamiento y de qué modo. No es conveniente olvidar tampoco que en el otro extremo está la manía, y obviamente tampoco puede ser un objetivo viable potenciar el afecto positivo sin límites. Se trata de un complejo “encaje de regulación

emocional” que tenemos que llegar a comprender para poder ayudar a los pacientes de la forma más eficaz.

Podemos concluir que se ha cumplido la **sexta hipótesis** referida a que se producirían mejoras en el afecto negativo y positivo a lo largo de la realización del programa de intervención a través de Internet.

A continuación vamos a analizar los resultados relativos al séptimo de los objetivos que tuvimos en cuenta, esto es, analizar la eficiencia del programa. Para ello, se obtuvieron datos referidos a las expectativas y la satisfacción de los participantes en relación a la condición de tratamiento a la que habían sido asignados. También se evaluó la aceptación y usabilidad del programa.

Además, se contó también con los resultados obtenidos en la entrevista telefónica donde se preguntó a los participantes una serie de aspectos en relación al programa de tratamiento y a su forma de aplicación: la utilidad del Diario de Actividad, la utilidad de poder repasar la información de los módulos, si habían seguido entrando en el programa una vez finalizados los módulos, si consideraban útil tener a su disposición el programa durante más tiempo y la utilidad percibida y el agrado respecto a las llamadas de apoyo semanales.

Por lo que se refiere a las expectativas, se encontró que las valoraciones fueron elevadas para ambas condiciones de tratamiento, sin que se evidenciaran diferencias estadísticamente significativas entre ellas. En cuanto a la satisfacción informada en el post-tratamiento, también fue elevada y no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con la excepción de la valoración sobre cuán aversivo había resultado el tratamiento, considerándolo más aversivo el grupo SSA, aunque cabe remarcar que las puntuaciones eran bajas en ambos grupos.

Nuestros resultados están en la línea de la revisiones sistemáticas y meta-análisis que han evaluado las expectativas, satisfacción y opinión de los participantes en relación a programas auto-aplicados a través de Internet (Andrews et al., 2010; Kaltenthaler, Sutcliffe et al., 2008).

En referencia a los resultados de aceptación y usabilidad del programa, las puntuaciones de los participantes fueron también muy elevadas, sin observarse diferencias significativas entre los dos grupos de intervención. Concretamente, según las categorías establecidas para las diferentes puntuaciones obtenidas en la escala SUS que se muestran en la Figura 29 del

apartado de resultados (Bangor et al., 2008), el programa se califica como “aceptable” (según los rangos de aceptabilidad) y obtiene una calificación de lo “Mejor imaginable” según el rango calificaciones de los adjetivos utilizados en la escala.

El eje de la eficiencia (expectativas, satisfacción, aceptación y usabilidad) en relación a los programas de intervención auto-aplicados es fundamental, ya que informa acerca de la viabilidad de la intervención, ayuda a optimizar la eficacia de los tratamientos auto-aplicados (De Graaf, Huibers, Riper, Gerhards y Arntz, 2009), está relacionado con los resultados del tratamiento (Kaltenthaler, Sutcliffe et al., 2008) y puede ser importante para predecir la respuesta a este tipo de intervenciones (Osgood-Hynes et al., 1998). Las expectativas positivas se han considerado tradicionalmente como importantes variables clínicas (Frank, 1968; Goldstein, 1962) y se asocian con mejores resultados (De Graaf et al., 2009; Goossens, Vlaeyen, Hidding, Kole-Snijders y Evers, 2005). Sin embargo, a pesar de la importancia de todos estos aspectos, hay pocos estudios que, como el nuestro, se centran en su evaluación (Botella Hofmann et al., 2004; Kaltenthaler, Sutcliffe et al., 2008; Kay-Lambkin, Baker, Lewin y Carr, 2011; Mohr, Siddique, Jin y Fokuo, 2010). De hecho, hay muy pocos trabajos en la literatura que aporten datos de la usabilidad de un programa de tratamiento cognitivo-comportamental auto-aplicado a través de Internet (Stjernswärd y Ostman, 2011), por lo que los resultados del presente trabajo referidos a este aspecto son de gran interés. Además, en relación a la aceptación, la mayoría de los estudios aportan datos indirectos siendo la medida más común utilizada para informar de la aceptación la adherencia al programa (tasas de finalización) (Kay-Lambkin et al., 2011; Ljóstsson et al., 2011) o la utilización de auto-informes que evalúan la satisfacción del paciente con el tratamiento (por ejemplo, índices de satisfacción) (Andrews et al., 2010; Carrad et al., 2011). Aunque toda esta información es muy importante, es necesario evaluar la aceptabilidad de los programas auto-aplicados de manera más directa, ya que, tal y como concluyeron Kaltenthaler, Sutcliffe et al. (2008) en su revisión sistemática la mayoría de los estudios no miden ni reportan directamente aceptabilidad y sólo ofrecen indicadores indirectos de aceptación, tales como las tasas de finalización y de abandono. Siguiendo las recomendaciones de dichos autores, nuestro estudio aporta datos directos que versan sobre la aceptación (CUA) y la usabilidad (SUS) del programa auto-aplicado a través de Internet. Como se ha referido anteriormente los resultados son muy positivos y, además, confirman los datos obtenidos en un estudio previo (Botella et al., en revisión) en el que se muestra que la aceptación y usabilidad valorada por los participantes en relación al programa también fue elevada.

En cuanto a las conclusiones extraídas de la entrevista realizada a los participantes para valorar diferentes aspectos del programa, la mayoría de ellos encontraron muy útil el programa y el formato de aplicación. Respecto al Diario de Actividad valoraron que les hacía ser conscientes de en qué ocupaban su tiempo cada día, se daban cuenta del valor que tenía cada una de las actividades realizadas, cómo les hacían sentir y, en función de eso, las repetían o no. En definitiva, les hacía reflexionar sobre lo que habían hecho durante el día y la importancia de realizar actividades agradables. Respecto a la posibilidad de poder repasar la información de los diferentes módulos que conforman el tratamiento, en este caso, también la mayoría consideró muy útil esta opción que facilita el programa. Cuando se les preguntó si habían seguido entrando en el programa para poder repasar información una vez terminados los módulos de tratamiento, la mayoría respondieron que no, pero la razón principal de este hecho fue que se habían descargado la información en PDF y la consultaban en dichos documentos. Por tanto, aunque muchos participantes no volvieron a acceder al programa, siguieron revisando la información, o la tenían guardada para consultarla en el caso que lo necesitaran. Vemos pues que la opción que da el programa de poder descargar los contenidos más importantes de cada uno de los módulos es muy útil. Además, la mayoría de los participantes consideran que es útil tener a su disposición el programa durante más tiempo aunque ya lo hubieran terminado.

En el último punto abordado en la entrevista se hacía referencia a la utilidad y agrado de las llamadas de apoyo semanales por ambas condiciones de tratamiento. Los resultados muestran que a la gran mayoría de los participantes de la condición SCA, que sí habían recibido la llamada, les gustó y la consideraron útil. Sin embargo, en la condición SSA, en la que no se realizó la llamada de apoyo semanal, no la consideraron esencial. Detrás del hecho de que el grupo de participantes que no recibieron apoyo, no valoraran tan necesario el haber podido recibir una llamada, está que consideraban que el programa ya les indicaba el ritmo que tenían que seguir, les animaba y les apoyaba, por lo que no la echaron en falta. En resumen, la mayoría de los participantes que recibieron la llamada de apoyo semanal la consideraron de gran utilidad y les gustó. Sin embargo, los participantes que no la tuvieron no consideraron que este apoyo fuera tan esencial. Estos resultados plantean que si los programas auto-aplicados están bien diseñados el apoyo explícito se vuelve menos necesario.

Podemos concluir que se ha cumplido la **séptima hipótesis**, esto es, que el programa sería bien valorado en ambas condiciones de tratamiento.

A continuación se expone lo encontrado en relación a otro de los objetivos importantes planteados. Este es, analizar la relación entre el porcentaje de actividad realizada diariamente y la satisfacción con las actividades que se realizan, con el grado de bienestar y mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas.

Una de las herramientas esenciales de nuestro programa de tratamiento auto-aplicado a través de Internet es el Diario de Actividad, cuyo objetivo principal es que la persona monitoree las actividades realizadas cada día y sea consciente de la relación del grado y satisfacción de las mismas con su estado de ánimo, nivel de estrés y capacidad de afrontamiento. Debido a la importancia de este componente en el estado de ánimo (Beck, 1976; Coffman, et al., 2007; Cuijpers et al., 2007, Ekers, Richards, McMillan, Bland y Gilbod, 2011; Mazzucchelli et al., 2009; Nathan y Gorman, 2007) merece la pena destacar algunos resultados obtenidos en relación al mismo. Los resultados muestran que el grado de actividad correlaciona positivamente con el afecto positivo, la percepción de la calidad de vida, el grado en que el entorno resulta reforzante y el grado con el que se busca activamente el disfrute o la gratificación personal. Por otro lado, correlaciona negativamente con la ansiedad, y la depresión, el afecto negativo y el estrés percibido. Los datos también indican que el grado de satisfacción que las personas sienten con la realización de las diferentes actividades que realizan a lo largo del día, correlaciona positivamente con el afecto positivo, la percepción de la calidad de vida, el grado en que el entorno le resulta reforzante y el grado con el que la persona busca activamente el disfrute o la gratificación personal. Estos resultados están en la línea de los encontrados en la literatura sobre la relación entre el aumento en la realización de actividades, y el agrado de las mismas con el estado de ánimo (Burton et al., 2013; Carlbring et al., 2013; Dimidjian et al., 2006; Hopko, Armento, Cantu, Chambers y Lejuez, 2003; Hopko y Mullane, 2008; Morgan, Mackinnon y Jorm, 2013; Spates, Kalata, Ozeki, Stanton y Peters, 2012). En nuestra opinión, esto es debido a que el hecho de monitorear la actividad diariamente hace que las personas sean conscientes de las actividades que llevan a cabo y cómo se relacionan con su estado de ánimo. Esto les lleva a, por una parte incrementar el número de actividades y por la otra repetir aquellas que les hacen sentir bien y dejar de realizar otras que no les aportan emociones positivas. Esta conclusión queda también respaldada por la opinión referida por los participantes en relación al Diario de Actividad referida anteriormente. Además, los beneficios de cumplimentar el Diario de Actividad se podrían relacionar con los estudios con podómetros que han demostrado que el hecho de tomar consciencia del nivel de actividad realizado diariamente ayuda a aumentar dicha

actividad (Dewa, de Ruiter, Chau y Karioja, 2009; Kang, Marshall, Barreira y Lee 2009; Kolt et al., 2012; Merom et al., 2008; Petersen et al., 2012). Consideramos que ha sido muy importante el hecho de que el programa de intervención contara con esta herramienta transversal, de fácil utilización y que proporciona *feedback* a los participantes. Hemos sometido a prueba su utilidad comprobando que hay una clara relación entre la actividad (y la satisfacción con la misma) y el bienestar de las personas. Además, hemos comprobado que los participantes la valoran muy positivamente.

Por consiguiente, hemos obtenido datos que avalan la **octava hipótesis** referida a que el porcentaje del día en que una persona está activa y la satisfacción con las actividades que realiza se relacionaría de manera positiva con el grado de bienestar y mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas.

Por último, se planteó el objetivo de analizar la utilidad del programa como estrategia de prevención secundaria (dirigida a personas sin síntomas del trastorno pero con la presencia de factores de riesgo o con sintomatología subclínica) y terciaria (dirigida a reducir la discapacidad derivada de un trastorno ya existente). Para ello, se dividió a los participantes de los dos grupos de intervención en dos submuestras (Estrésor *versus* Estrésor + diagnóstico). Se contó con 56 participantes que estaban viviendo uno o varios acontecimientos estresantes que les causaban interferencia en sus vidas, por lo que estaban en situación de riesgo (prevención secundaria) y 24 participantes que además de estar viviendo un estrésor cumplían criterios diagnósticos de un TE (prevención terciaria).

Para abordar dicho objetivo se realizaron diferentes análisis presentados a lo largo del apartado de Resultados de la presente tesis. Se discuten a continuación. Primeramente, se llevaron a cabo análisis secundarios para determinar si existían diferencias en la mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas en función de si, además de estar padeciendo un acontecimiento negativo, los participantes cumplían criterios diagnósticos de algún TE. Los participantes con diagnóstico estaban significativamente peor en todas las variables clínicas, a excepción de los tres factores de afrontamiento medidos en el *BriefCOPE*. Sin embargo, en las evaluaciones post-tratamiento y seguimientos ambas submuestras mejoraron significativamente en distintas medidas incluidas (OASIS, PANAS, QLI, EROS y Afrontamiento cognitivo). Los resultados que se encontraron fueron relevantes, ya que, si bien ambos grupos partían de puntuaciones significativamente diferentes, el tratamiento fue igualmente eficaz en las dos submuestras en la mayoría de las variables. Por consiguiente, se han beneficiado del

programa de intervención auto-aplicado a través de Internet tanto las personas que estaban en situación de riesgo (prevención secundaria) como las que presentaban ya un TE (prevención terciaria).

Sin embargo, cabe recordar que esto no fue así en las medida ODSIS y PSS, ya que en estas variables los participantes que cumplían criterios diagnósticos de un TE mejoraron significativamente, en comparación con los participantes que únicamente presentaban uno o varios estresores en sus vidas, que no lo hicieron (las mejoras del ODSIS se mantienen hasta en seguimiento de los 3 meses pero no hasta el seguimiento de los 6 meses; las mejoras de la PSS se mantienen hasta los seguimientos de los 3 y los 6 meses). Además, aunque en el BDI-II y la medida EOS ambas submuestras mejoraron significativamente del pre al post-tratamiento, se beneficiaron más los participantes que padecían un trastorno mental (las mejoras se mantuvieron hasta el seguimiento de los 3 y los 6 meses). A esto se suma que, en todas las variables, el tamaño del efecto encontrado fue mayor en la submuestra de participantes que cumplían criterios diagnósticos de un TE que en la submuestras de participantes que únicamente estaban viviendo una situación vital difícil (con la excepción del afecto negativo, en el que se encontró un tamaño del efecto grande en ambas submuestras). Estos resultados son interesantes, pues pueden sugerir que, en nuestro estudio, las personas que estaban más graves, se beneficiaron más. Sin embargo, se tienen que interpretar los resultados con cautela, pues hasta el momento sólo contamos con el seguimiento a los 6 meses.

También se realizaron análisis (separando las dos submuestras) referidos a la comparación de la puntuación media en la afectividad positiva y negativa presentada por los participantes antes de empezar con los módulos de psicología positiva y la presentada a partir de la introducción de los mismos. Estos indicaron que ambas submuestras mejoraron significativamente su afecto negativo. Sin embargo, sólo en el grupo de participantes que cumplían los criterios diagnósticos de un TE la media de las puntuaciones en el afecto positivo fue significativamente superior a partir de la introducción de los componentes de psicología positiva. Por tanto, esto puede indicar que el programa de intervención ha sido más eficaz a la hora de aumentar el afecto positivo en aquellas personas que estaban más graves. Sin embargo, tenemos que interpretar esto con mucha prudencia ya que, como se ha referido anteriormente, los resultados pueden deberse a un “efecto arrastre” de los otros componentes trabajados antes de la introducción de los módulos de psicología positiva. Contamos también con la limitación del tipo de diseño, pues no se trata de un diseño entre

grupos realizado con el objetivo de controlar esta variable, por lo que, al no poder delimitar el efecto diferencial de aplicar los módulos de psicología positiva, tampoco podemos afirmar que los participantes se benefician más de los mismos. Es fundamental seguir investigando al respecto en trabajos futuros.

Además, se clasificaron a los participantes según su nivel de cambio en la medida de resultado principal (el BDI-II) con el objetivo de evaluar el grado de mejoría en la sintomatología depresiva en ambas submuestras (Hiroe et al., 2005). En el grupo de participantes que estaba viviendo uno o más acontecimientos estresantes que les generaban interferencia, del pre al post-tratamiento todos se mantienen estables en su nivel de síntomas depresivos (71,4%) o mejoran (26,8%, con diferencias clínicamente importantes y con cambios moderados) e incluso uno de ellos en el seguimiento a los 6 meses presenta un cambio grande en su nivel de BDI-II. Esto es muy importante, pues indica que el programa protege a aquellas personas que están en situación de riesgo, pero todavía no cumplen los criterios de depresión u otro TE (prevención secundaria), manteniendo e incluso mejorando su nivel de sintomatología depresiva. Se cumple pues un objetivo fundamental del presente estudio, esto es, que las personas adquieran defensas psicológicas para afrontar las situaciones difíciles, los problemas y el bajo estado de ánimo.

En cuanto a los participantes que además de estar viviendo una situación vital difícil cumplían criterios diagnósticos de un TE, la mayoría de ellos (62,5%) presentaron al menos un cambio clínico mínimamente importante en el BDI-II en el post-tratamiento. Además, cabe recalcar el hecho de que en el post-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses ninguno de los participantes pasó a situarse en la categoría "Empeoran". Vemos con esto como el programa de intervención auto-aplicado ha funcionado también como una herramienta para reducir la discapacidad y el malestar presentado por la submuestra que además de vivir una situación vital difícil cumplía los criterios diagnósticos de un TE (prevención terciaria). Sin embargo, en el seguimiento a los 6 meses, 3 de los participantes aumentaron al menos 5 puntos su nivel de sintomatología depresiva pasando a la categoría de "Empeoran". Son fundamentales los estudios que ayuden a determinar cómo tratar eficazmente a la pequeña proporción de pacientes que no mejoran al utilizar estos programas auto-aplicados a través de Internet y, como se ha señalado anteriormente, encontrar estrategias para mejorar el mantenimiento de los beneficios logrados en el post-tratamiento con este tipo de programas (Richards y Richardson, 2012).

También se analizó si había diferencias en la valoración de la mejoría por parte de los participantes y en la eficiencia del programa (expectativas y satisfacción) en función de la pertenencia a una submuestra o a otra. No se encontraron diferencias entre las dos submuestras (Estresor *versus* Estresor + diagnóstico) en cuanto a las expectativas y la satisfacción. Además, ambos grupos de participantes valoraron de igual modo su mejoría en el post-tratamiento.

Por último, se vio el cambio en el número y porcentaje de trastornos psiquiátricos que se diagnosticaron y respecto al riesgo de suicidio que presentaban algunos de los participantes entre la evaluación pre-tratamiento y la evaluación realizada en el seguimiento a los 6 meses, también separando a las dos submuestras (Estresor *versus* Estresor + diagnóstico). Además, se analizó específicamente la evolución de los casos en los que se observó comorbilidad diagnóstica. Los resultados reflejaron que el programa, aunque va dirigido especialmente a la depresión, apoya en cierto modo la perspectiva transdiagnóstica (Barlow et al., 2004; Barlow, Ellard et al., 2011; Craske et al., 2009; Wilamowska et al., 2010) al igual que el programa auto-aplicado *Wellbeing Program* desarrollado recientemente por Andrew y Titov en Australia (Dear et al., 2011; Titov et al., 2011). Con estos programas transdiagnósticos se pueden abordar los elementos comunes de varios trastornos en el mismo protocolo de tratamiento (Barlow, Ellard et al., 2011; Craske et al., 2009; Wilamowska et al., 2010). Recientes meta-análisis de tratamientos transdiagnósticos para los TE (McEvoy et al., 2009), indican que es posible obtener resultados similares a los tratamientos dirigidos a un trastorno específico.

Consideramos que, el carácter preventivo que tiene el programa se ve en el hecho de que, por un lado, de 65 participantes que estaba viendo una situación vital difícil, sólo un 3,07% desarrollaron un TDM a los 6 meses, reflejando este hecho que el programa de intervención les proporciona defensas psicológicas y les protege (prevención secundaria). Algunas de las opiniones de los participantes que reflejan que el programa les protege de cara a padecer problemas emocionales en un futuro son las que siguen: *“Es una herramienta útil para ayudar a gente a salir de los problemas. Es bueno para la prevención”*; *“El programa te puede evitar muchas depresiones. Te ayuda a replantearte tu vida y ser más feliz”*; *“Gracias al programa me siento más preparado para afrontar el futuro. La vida no sabes que te puede traer, y el programa me ha dado estrategias para afrontar los problemas”*.

Por el otro, en la submuestra de participantes con diagnóstico de un TE, en el seguimiento a los 6 meses, no aumenta, sino que se reduce considerablemente el porcentaje de trastornos

psicológicos diagnosticados y la comorbilidad, a pesar de que muchos de los acontecimientos negativos o estresantes siguen estando presentes (desempleo, deudas, conflictos familiares, etc.), además de producirse mejorías en las diferentes variables clínicas referidas anteriormente.

Estudios similares, con programas auto-aplicados a través de Internet de carácter preventivo, también han mostrado éxito en la reducción de los síntomas de depresión y ansiedad (Gerrits et al., 2007; Lintvedt et al., 2013; Saulsberry et al., 2013; Van Straten et al., 2008; Van Voorhees et al., 2008; Van Voorhees et al., 2009); y en la reducción de episodios depresivos (Hoek et al., 2011). Recientemente, nuestro grupo, en el marco del proyecto europeo OPTIMI (*Online Predictive Tools for Intervention in Mental Illness*) (Botella, Moragrega, Baños y García-Palacios, 2011) ha sometido a prueba la eficacia del mismo programa que se ha utilizado en la presente tesis, pero con una población específica de varones desempleados de larga duración que fueron considerados como una población de riesgo y los resultados son alentadores (Botella et al., 2012; Mira, 2012; Mira, Botella, García Palacios, Bretón-López et al., 2012; Mira, Botella, García-Palacios, Riera López del Amo et al., 2012). Aún así, son escasos los estudios destinados a la prevención con programas auto-aplicados a través de Internet por lo que los datos de la presente tesis adquieren aún mayor importancia.

Los datos son tentativos, pero resultan alentadores y van en la línea de lo señalado por Titov (2011) en su revisión. Esto es, que además de la reducción de los síntomas auto-reportados de depresión, las intervenciones auto-aplicadas también pueden producir mejoras clínicamente significativas y de recuperación en la depresión, como sucede en nuestro caso.

Podemos concluir que los resultados dan apoyo a la **novena hipótesis** referida a que el programa resultaría útil como una estrategia de prevención secundaria y terciaria. Esto es, protegería a los participantes en situación de riesgo (estaban viviendo un estresor que les generaba interferencia en sus vidas) pero que no cumplían criterios diagnósticos de ningún trastorno en el pre-tratamiento (prevención secundaria). Además, teniendo en cuenta a los participantes que sí cumplían criterios diagnósticos de un TE en el pre-tratamiento, se atenuarían las incapacidades derivadas del mismo incluso llegando a desaparecer (prevención terciaria).

En resumen, podemos afirmar que el protocolo de tratamiento auto-aplicado a través de Internet se ha mostrado eficaz a la hora de mejorar la situación clínica de las personas que lo han realizado, que la mejoría lograda se ha mantenido en el tiempo en la mayoría de las variables clínicas evaluadas (al menos, durante los 6 meses posteriores a la intervención) y que ha sido bien aceptado y valorado por los participantes. En relación a la eficacia de las dos modalidades en la que se ha aplicado dicho protocolo (con y sin apoyo por parte del terapeuta) no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ellas y ambas han demostrado ser superiores a la no intervención y capaces de producir efectos perdurables a medio plazo.

A la vista de los resultados obtenidos, consideramos que el presente estudio ha contribuido a mejorar el conocimiento relativo a los tratamientos psicológicos que pueden ser auto-aplicados a través de Internet, añadiendo datos que ponen de manifiesto su eficacia. Y, más importante todavía, mostrando que un tratamiento auto-aplicado con apoyo humano a través de una llamada de teléfono semanal por parte de un terapeuta, puede ser igualmente eficaz que el mismo tratamiento sin ningún apoyo por parte del terapeuta a lo largo de la realización del programa. Esto, contribuye aún más al ahorro tanto de tiempo como económico que caracteriza a los tratamientos auto-aplicados a través de Internet. Sin la necesidad de apoyo continuo por parte de un terapeuta o personal administrativo, este tipo de tratamientos pueden ser todavía más útiles desde un punto de vista de coste-beneficio y ayudar eficazmente a un mayor número de personas. De hecho, este beneficio lo recalca uno de los participantes en una de los comentarios que hace sobre los beneficios de este tipo de programas. Siendo conscientes de las importantes cifras de prevalencia de los trastornos de depresión y ansiedad, se ve claramente la necesidad esencial de intervenciones costo-efectivas para las personas que sufren estos problemas, por lo que, al igual que nuestra investigación, es importante que otras investigaciones futuras delimiten la manera de hacer que los tratamientos auto-aplicados sin apoyo continuo humano (ya sea un terapeuta o personal administrativo) sean más eficaces. En nuestro caso, se comprobó que el apoyo proporcionado de forma automática por medio de las TIC's (dos mensajes de texto en el teléfono móvil y un correo electrónico automático) tuvo unos efectos muy similares al apoyo humano animando a seguir con el programa. Como señalan Johansson y Andersson (2012), una manera de mejorar los tratamientos sin apoyo humano podría ser integrarlos en el día a día, ayudándonos de la moderna tecnología, como los teléfonos móviles inteligentes. Los tratamientos auto-aplicados están empezando a llegar a los profesionales de la salud, por ejemplo, en atención primaria

(López del Hoyo et al., 2013), donde el tiempo puede ser muy limitado, por lo que son importantes y necesarios estudios como el de la presente tesis que aportan conocimiento más detallado del papel de los contactos y la frecuencia necesaria de los mismos.

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentran por un lado, el pequeño tamaño de la submuestra de participantes con diagnóstico clínico que limita en gran medida la generalización de los resultados encontrados. Por lo tanto, esto nos impide extraer conclusiones firmes. Otra limitación es que no se ha podido valorar lo sucedido en los participantes del grupo control en los seguimientos, porque estos podían acceder al programa de intervención una vez pasadas las 12 semanas de espera. Por otro lado, dado que el protocolo de intervención incluye distintos componentes que fueron aplicados en ambas condiciones de intervención, no es posible determinar cuál es la contribución específica de cada uno de ellos para que se produzca la mejoría. También habría resultado interesante evaluar específicamente qué participantes de la muestra cumplían criterios de un trastorno adaptativo, ya que todos estaban viviendo un acontecimiento estresante (la entrevista diagnóstica utilizada no contempla este trastorno). Y, finalmente, el limitado tiempo de seguimiento con el que hemos podido contar, tan sólo tenemos datos relativos a un periodo de seis meses.

8. CONCLUSIONES

A continuación expondremos las principales conclusiones obtenidas en el presente trabajo. Cada una de ellas hace referencia a los objetivos y las hipótesis propuestas.

1. Se ha comprobado que el protocolo de tratamiento utilizado y aplicado a través de Internet ha demostrado ser eficaz para mejorar la situación clínica de los participantes, tanto con apoyo semanal por parte del terapeuta, como sin apoyo por parte del mismo, observándose en ambos grupos de intervención mejorías significativamente superiores respecto a la no intervención (grupo control lista de espera).
2. Los resultados han constatado que la interferencia provocada por los acontecimientos estresantes vividos por los participantes se ha reducido significativamente en aquellos que han realizado el programa de intervención en comparación con los del grupo control lista de espera.
3. Se ha constatado que ambas modalidades de aplicación del programa de intervención (con apoyo y sin apoyo por parte del terapeuta) han sido igualmente eficaces desde un punto de vista estadístico.
4. No se ha constatado que en el grupo de tratamiento con apoyo por parte del terapeuta la tasa de abandonos haya sido menor que en el grupo que no recibió dicho apoyo.
5. Los datos indican que los resultados obtenidos mediante las dos condiciones utilizadas para aplicar el protocolo de tratamiento se han mantenido, en la mayoría de las variables, en los seguimientos realizados a los 3 meses y a los 6 meses.
6. Se ha comprobado de forma específica que se han producido cambios en el afecto positivo y el afecto negativo, a lo largo de la realización del programa de intervención auto-aplicado a través de Internet.

7. Los datos muestran una relación positiva entre el porcentaje del día en que la persona está activa y la satisfacción con las actividades que realiza y la mejora de las diferentes variables clínicas evaluadas.
8. Se ha puesto de manifiesto que el programa informático utilizado para la aplicación del tratamiento a través de Internet ha sido bien valorado y aceptado por todos los participantes con independencia del apoyo proporcionado en ambas condiciones.
9. Se ha comprobado la utilidad del programa como estrategia de prevención secundaria (dirigida a personas sin síntomas del trastorno pero con la presencia de factores de riesgo o con sintomatología subclínica) y terciaria (dirigida a reducir la discapacidad derivada de un trastorno ya existente).

En suma, los resultados de nuestro estudio han demostrado la validez del planteamiento que guió el desarrollo del protocolo de intervención y han puesto de manifiesto su eficacia a la hora de mejorar la situación clínica de los participantes y dotarles de una serie de herramientas para que los problemas y dificultades interfieran menos en su vida, siendo capaces de afrontarlos de manera más eficaz. Además, los resultados se han obtenido utilizando un estudio aleatorizado controlado y las tres condiciones consideradas estaban equilibradas en cuanto a las características demográficas y clínicas. Se ha intentado seguir lo establecido por el CONSORT.

Sin embargo, se necesita más investigación, en particular, para determinar el grado y la frecuencia de apoyo necesario, la influencia de los factores del terapeuta en los tratamientos auto-aplicados, cómo influye el apoyo proporcionado según la naturaleza del mismo (motivar, reforzar, etc.), las razones de los abandonos y el mantenimiento de los beneficios post-tratamiento. Además, es importante que se lleven a cabo nuevos estudios que ayuden a determinar cómo tratar eficazmente a la pequeña proporción de pacientes que no mejoran al utilizar estos programas auto-aplicados a través de Internet.

Nos planteamos una serie de líneas de trabajo para seguir avanzando en este campo en el futuro:

- Llevar a cabo el desmantelamiento del protocolo para determinar cuáles son los componentes activos del programa y, especialmente, la contribución de los módulos de psicología positiva.
- Analizar el posible papel que pueda desempeñar la introducción de sesiones de refuerzo, o mensajes de recordatorio en el mantenimiento o potenciación de los resultados conseguidos en el post-tratamiento.
- Analizar la contribución de las TIC's (PDAs, teléfonos inteligentes) en la aplicación de los tratamientos auto-aplicados.
- Analizar la eficacia del programa de tratamiento auto-aplicado por medio de Internet en otras poblaciones: centros de atención primaria o personas en situación de baja laboral debido a la presencia de algún trastorno emocional.
- Estudiar el papel que puede desempeñar la inclusión de otros componentes de tratamiento. En este caso, hemos desarrollado dos nuevos módulos: Higiene del sueño y Control de la medicación.
- Ampliar los contenidos clínicos de estos programas adaptándolos a las nuevas tendencias basadas en la perspectiva transdiagnóstica que se han desarrollado en los últimos años. De este modo, será posible abordar el tratamiento de casos más graves y permitirá que las técnicas de tratamiento psicológico basadas en la evidencia lleguen a todas las personas que las necesiten.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1911). Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura manícodepresiva y condiciones asociadas. En *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé.
- Abraham, K. (1916). La primera etapa pregenital de la libido. En K. Abraham, *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé.
- Abraham, K. (1924). Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales. En K. Abraham, *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé.
- Abramowitz, J., Tolin, D. y Street, G. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21, 683–703.
- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Adams, S. M., Miller, K. E. y Zylstra, R. G. (2008). Pharmacologic management of adult depression - Many options are available for the pharmacologic treatment of depression in adults. Consideration of the benefits and risks of different treatment choices should vary by patient. *American Family Physician*, 77 (6), 785.
- Akiskal, H. S. (1986). A developmental perspective on recurrent mood disorders: a review of studies in man. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 579–586.
- Albee, G. W. (2005). Call to revolution in the prevention of emotional disorders. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (1), 37-44.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237.
- Allart-van, D. E., Hosman, C. M. H., Hoogduin, C. A. L. y Schaap, C. P. D. R. (2003). The coping with depression course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behavior Therapy*, 34 (3), 381-396.

- Allart-van, D. E., Hosman, C. M. H., Hoogduin, C. A. L. y Schaap, C. P. D. R. (2007). Prevention of depression in subclinically depressed adults: Follow-up effects on the Coping with depression course. *Journal of Affective Disorders*, 97, 219-228.
- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, K. M., Gorman, J. M. y Woods, S. W (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 185–192.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D. y Neeren, A. M. (2006). Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25, 726– 754.
- Al - Mabuk, R. H., Enright, R. D. y Cardis, P. A. (1995). Forgiveness education with aarentally love - deprived late adolescents. *Journal of Moral Education*, 24 (4), 427-444.
- Almedom, A. y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12 (2), 127-143.
- Almlöv, J., Carlbring, P., Berger, T., Cuijpers, P. y Andersson, G. (2009). Therapist factors in Internet-delivered cognitive behavioural therapy for major depressive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 247-254.
- Almlöv, J., Carlbring, P., Källqvist, K., Paxling, B., Cuijpers, P. y Andersson, G. (2011). Therapist effects in guided internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39 (3), 311-322.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21-27.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. (2004b). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (420), 28-37.

- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., Haro, J. M., De, G. G., ... Brugha, T. S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, 190, 299-306.
- American Psychiatric Association (1952). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-I* (1ª Ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II* (2ª Ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III* (3ª Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4ª Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (5ª Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validacao de entrevista breve para diagnostico de transtornos mentais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 22 (3), 106-115.
- Anderson, I. M. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of Affective Disorders*, 58 (1), 19-36.
- Anderson, P. L., Zimand, E., Hodges, L. F. y Rothbaum, B. O. (2005). Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depression and Anxiety*, 22, 156-158.
- Anderson, P., Rothbaum, B. O. y Hodges, L. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 240-247.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (3), 175-180.

- Andersson, G. y Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 196-205.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländer, F., Carlbring, P., Kaldö, V. y Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-461.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P., Bijl, R.V., De Graaf, R., Vollebergh, W., ... Wittchen, H.U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International consortium of psychiatric epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.
- Andrade, L., Eaton, W.W. y Chilcoat, H. (1994). Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study: Symptom profiles. *British Journal of Psychiatry*, 165, 363-369.
- Andreu-Mateu, S. (2009). *La utilización de la realidad virtual en el tratamiento de los trastornos adaptativos: resultados preliminares*. Trabajo de investigación, Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Andreu-Mateu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Tesis doctoral, Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. y Baños, R. M. (2012). La utilización de la realidad virtual y estrategias de psicología positiva en el tratamiento de los trastornos adaptativos. *Psicología conductual*, 20, 323-348.
- Andrews, G. (1990). Classification of neurotic disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 606-607.
- Andrews, G. (1996). Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the differences. En R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 3-20). New York, NY: Guilford Press.
- Andrews, G. (2001). Should depression be managed as a chronic disease? *British Medical Journal*, 322, 419-421.

- Andrews, G., Anderson, T. M., Slade, T. y Sunderland, M. (2008). Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. *Depression and Anxiety*, 25 (4), 274-281.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P. y Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 5 (10), e13196.
- Andrews, G., Davies, M. y Titov, N. (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45 (4), 337-340.
- Andrews, G., Henderson, S. y Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization: Overview of the Australian national health survey. *British Journal of Psychiatry*, 174, 145-153.
- Andrews, G. y Titov, N. (2009) Hit and miss: Innovation and dissemination of evidence based psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 974-979.
- Andrews, G. y Titov, N. (2010) Is Internet treatment ready for prime time?. *Medical Journal of Australia*, 192 (11), 45-47.
- Angst, J. (1992). How recurrent and predictable is depressive illness? En S. Montgomery y R. Rouillon (Eds.), *Long-term Treatment of Depression* (pp. 1-10). Nueva York: Wiley & Sons.
- Angst, J. y Merikangas, K. R. (2001). Multi-dimensional criteria for the diagnosis of depression. *Journal of Affective Disorders*, 62, 7-15.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonuccio, D.O., Danton, W.G. y Denelsky, G.Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574- 585.
- Antonuccio, D.O., Ward, C.H. y Tearnan, B.H. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification* (pp. 152- 191). Newbury Park, CA: Sage.

- Antony, M. M. y Stein, M.B. (2009). *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Aragonès, E., Lluís, P. J. y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atencion Primaria*, *41*, 10, 545-551.
- Aragonès, E., Piñol, J.L. y Labad, A. (2007). Depression and physical comorbidity in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*, 107–111.
- Aragonés, E., Piñol, J. L., Labad, A., Masdeu, R. M., Pino, M. y Cervera, J. (2004). Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *34*, 21-35.
- Aragonés-Benaiges, E. (2005). Estudio de los trastornos depresivos en la atención primaria de salud. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, *32*, 30-37.
- Arkowitz, H. Westra, H. A. Miller, W. R. y Rollnick, S. (2007). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guildford Press.
- Armento, M. E. A. y Hopko, D. R. (2007). The environmental reward observation scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, *38*, 107-119.
- Arnarson, E. y Craighead, W.E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 577–585.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2004). *DSM-IV-TR: AP: Atención Primaria*. Barcelona: Masson.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*, *6* (1), 37-58.
- Aydos, L., Titov, N. y Andrews, G. (2009). Shyness 5: The clinical effectiveness of Internet-based clinician-assisted treatment of social phobia. *Australasian Psychiatry*, *17* (6), 488-492.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., ... ODIN Group. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, *179*, 308-316.

- Baca, B. E., Sáiz, R. J., Agüera, O. L. F., Caballero, M. L., Fernández-Liria, A., Ramos, B. J. A., Gil, M. A., ... Porras, C. A. (1999). Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Atencion Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria*, 23 (5), 275-279.
- Bachofen, M., Nakagawa, A., Marks, I. M., Park, J., Greist, J. H., Baer, L., ... Susan L. Dotts, S. L. (1999). Home self-assessment and self-treatment of obsessive compulsive disorder using a manual and a computer-conducted telephone interview: Replication of a U.K.-U.S. Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (8), 545-549.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125-143.
- Bangor, A., Kortum, P.T. y Miller JT. (2008) An empirical evaluation of the system usability scale. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 24 (6), 574-594.
- Bangor, A., Kortum, P.T. y Miller, J. (2009). Determining what individual SUS scores mean: adding an adjective rating scale. *Journal of Usability Studies*, 4 (3), 114-123.
- Baños, R. M., Botella, C., Etchemendy, E., Castilla, D., Farfallini, L. y Alvarez Nolting, I. (2012, marzo). *La tierra del bienestar: una tecnología positiva al servicio del bienestar*. Ponencia presentada en el I Congreso Nacional de Psicología Positiva, Madrid, España.
- Baños, R. M., Botella, C., Etchemendy, E. y Farfallini, L. (2012). Earth of wellbeing: a place to live positive emotions. *Studies in Health Technology and Informatics*, 181, 310-313.
- Baños, R. M., Botella, C., García-Palacios, A., Quero, S., Lasso de la Vega, N., Guillén, V. y Osma, J. (2005). Using "traditional" strategies in a "virtual world" for the treatment of pathological grief. *Cyberpsychology & Behavior*, 8 (4), 303-303.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Jorquera, M. y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.
- Baños, R. M., Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Quero, S., Bretón-López, J., Alcaniz, M. (2009). An adaptive display to treat stress-related disorders: the EMMA's world. *British Journal of Guidance and Counselling*, 37 (3), 347-356.

- Baños, R. M., Botella, C., Perpiñá, C. y Quero, S. (2001). Tratamiento mediante realidad virtual para la fobia a volar: un estudio de caso. *Clínica y Salud, 12*, 391-404.
- Baños, R. M., Etchemendy, E., Castilla, D., García-Palacios, A., Quero, S. y Botella, C. (2012). Positive mood induction procedures for virtual environments designed for elderly people. *Interacting with Computers, 24* (3), 131–138.
- Baños, R. M., Etchemendy, E., Farfallini, L.; García-Palacios, A., Quero, S. y Botella, C. (en prensa) EARTH of wellbeing: using technology to promote positive. *The Journal of Positive Psychology*.
- Baños, R. M., Guillen, V., Quero, S., Garcia-Palacios, A., Alcaniz, M. y Botella, C. (2011). A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioral program. *International Journal of Human - Computer Studies, 69* (9), 602-613.
- Baños, R.M., Quero, S., Botella, C., y García-Palacios, A. (2007). Internet y los tratamientos psicológicos: dos programas de auto-ayuda para fobias específicas *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 81*, 35-46.
- 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*, 109-160.
- Barbui, C. y Hotopf, M. (2001) Amitriptyline v. the rest: still the leading antidepressant after 40 years of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry, 178*, 129–144.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. London, England: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L. Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York, NY: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R. y Carl, J. R. (2013). The origins of trait neuroticism. Artículo en preparación.

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. y Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529–2536.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R. y Ellard, K. K. (2013). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 1-22.
- Barraca, J. y Pérez-Álvarez, M. (2010). Adaptación española del Environmental reward observation scale (EROS). *Ansiedad y Estrés*, 16 (1), 95-107.
- Barrientos, X., Fritsch, R., Solis, J. y Rojas, G. (2005). Tratamiento de la depresión en la atención primaria. *Revista De Psiquiatría Clínica (santiago De Chile)*, 42 (1), 49-59.
- Barry, M. y Jenkis, R. (2006). *Implementing mental health promotion*. Oxford: Elsevier.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Bauer, M. S. y Dunner, D. L. (1993). Validity of seasonal pattern as a modifier for recurrent mood disorders for DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 159–170.
- Beardslee, W., Wright, E. M. y Salt, P. (1997). Examination of children's responses to two preventive intervention strategies over time. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 196-204.
- Bebbington, P., Meltzer, H., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C. y Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: Neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30, 1359-1368.
- Bech, P. y Clemmesen, L. (1983). The diagnosis of depression: 20 years later. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 310, 9-30.
- Bech, P. y Rafaelsen, O. J. (1980). The use of rating scales exemplified by a comparison of the Hamilton and the Bech-Rafaelsen Melancholia Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 128-132.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York:Harper & Row.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, *46*, 368-375.
- Beck, A. T. (1997) The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *6*, 276–284.
- Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1991). Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corp.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Trexler, L. D. (1989) Alcohol abuse and eventual suicide. *Journal of Studies on Alcohol*, *50*, 202–209.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
- Beckham, E.E. y Leber, W.R. (1995). *Handbook of depression* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Bellack, A.S., Hersen, M. y Himmelhoch, J.M. (1981). Social skills training for depression: A treatment manual. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, *10*, 92.
- Bennett-Levy, J., Richards, D.A. y Farrand, P. (2010). Low intensity CBT interventions: a revolution in mental healthcare. En Bennett-Levy, J., Richards. D.A., Farrand, P. y Christensen, H. (Eds.), *Oxford guide to low intensity CBT interventions* (pp. 3–18). Oxford: Oxford University Press.
- Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G. y Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40* (4), 251-266.

- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., . . ., Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMeD study. *Journal of Affective Disorders, 101*, 27–34.
- Berrios, G. E. (1988). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science, 153*, 298-304.
- Beutler, L.E., Clarkin, J.F. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Nueva York: Oxford University Press.
- Biggs, J. T., Wylie, L. T. y Ziegler, V. E. (1978). Validity of the Zung Self-rating depression scale. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science, 132*, 381-385.
- Bijl, R.V., De Graaf, R., Ravelli, A., Smit, F. y Vollebergh, W.A. (2002). Netherlands mental health survey and incidence study. Gender and agespecific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands mental health survey and incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 372–379.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Ronald, E., ... Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*, 1427-1439.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11* (3), 230-241.
- Bleichmar, H. (1976). *La Depresión: Un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Boberg, E. W., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., Peressini, T., Chan, C. y Bricker, E. (1995). Development, acceptance and use patterns of a computer-based education and social support system for people living with AIDS/HIV infection. *Computers in Human Behavior, 11*, 289–312.
- Bobes J. A (1998). Spanish validation study of the Mini international neuropsychiatric interview. *European Psychiatry, 13*, 198–199.
- Bobes, J. A., Gutierrez, M., Palao, D., Ferrando, L., Gibert-Rahola, J. y Lecrubier, Y. (1997). The validity of the M.I.N.I. (Mini international neuropsychiatric interview) in three spanish primary care centers. *Psiquiatría Biológica, 4* (2), 79.

- Boelen, P., Vrinssen, I. y van Tulder, F. (2010). Intolerance of uncertainty in adolescents: Correlations with worry, anxiety, social anxiety, and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 194–200.
- Bono, G. y McCullough M. E. (2006). Positive responses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*, 147-158.
- Bordnick, P. S., Traylor, A., Copp, H. L., Graap, K. M., Carter, B., Ferrer, M. Y Walton, A. P. (2008). Assessing reactivity to virtual reality alcohol based cues. *Addictive Behaviors, 33*, 743–756.
- Borkovec, T. D. y Nau. S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 3*, 257–260.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L. y Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 479–483.
- Boswell, J. F., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S. E., Murray, H. W., Fortune, M. y Barlow, D. H. (2013). Anxiety sensitivity and interoceptive exposure: A transdiagnostic construct and change strategy. *Behavior Therapy, 44*, 417–443.
- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada*. (pp. 129-154) DDB: Bilbao.
- Botella, C., Baños, R. M., Guillén, V., Perpiñá, C., Alcañiz, M. y Pons, A. (2000). Telepsychology: Public speaking fear treatment on the Internet. *CyberPsychology & Behavior, 3*, 959-986.
- Botella, C., Baños, R. M., Perpiñá, C., Villa, H., Alcañiz, M. y Rey, B. (1998). Virtual reality treatment of claustrophobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 239-246.
- Botella, C, Baños, R. M., Rey, B., Alcañiz, M., Guillén, V. Quero, S. y García- Palacios, A. (2006). Using an adaptive display for the treatment of emocional disorders: A preliminary análisis of effectiveness. *Work-In-Progress CHI, 2006*, 586-591.
- Botella, C., Baños, R. M., Villa, H., Perpiñá, A. y García-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy, 31*, 583-595.

- Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R.M. y García-Palacios, A (2010) Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy*, 41 (3), 401-413.
- Botella, C., Breton-López, J., Quero, S. Baños, R. M., García-Palacios, A., Zaragoza, I. y Alcañiz, M. (2011). Treating cockroach phobia using a serious game on a mobile phone and augmented reality exposure: A single case study. *Computers in Human Behavior*, 27, 217-227.
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: A controlled trial. *Cyberpsychology Behavior, and Social Networking*, 13, 407-421.
- Botella, C., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2010). An adaptive display for the treatment of diverse trauma PTSD victims. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 13 (1), 67-71.
- Botella, C., Garcia-Palacios, A., Quero, S., Banos, R. M. y Breton-Lopez, J. M. (2006). Virtual reality and psychological treatments: A review. *Psicología Conductual*, 14 (3), 491-510.
- Botella, C., García-Palacios, A., Villa, H., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M. y Riva, G. (2007). Virtual reality exposure in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A controlled study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14 (3) 164-175.
- Botella, C., García- Palacios, A., Vizcaino, Y., Herrero, R., Baños, R. M., y Belmonte, M. A. (2013). Virtual reality in the treatment of fibromyalgia: A pilot study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16 (3), 215-223.
- Botella, C., Guillén, V., García-Palacios, A., Gallego, M. J., Baños, R. M. y Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 46–57.
- Botella, C., Hofmann, S. G. y Moscovitz, D. A. (2004). A self-applied Internet-based intervention for fear of public speaking. *Journal of Clinical Psychology In Session*, 60, 1-10.
- Botella, C., Juan, M. C., Baños, R. M., Alcañiz, M., Guillen, V. y Rey, B. (2005). Mixing realities? An application of augmented reality for the treatment of cockroach phobia. *Cyberpsychology & Behavior*, 8, 162-171.

- Botella, C., Mira, A., García-Palacios, A., Quero, A., Navarro, M.V., Riera López del Amo, T., Molinari, G., Castilla, D., Moragrega, I., Soler, C., Alcañiz, M., Baños, R.M. (2012). Smiling is fun: a coping with stress and emotion regulation program. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2012. Advanced Technologies in the Behavioral, Social and Neurosciences*, 123-128.
- Botella, C., Mira, A., Moragrega, I., García-Palacios, A., Bretón-López, J. Castilla, D., Riera López del Amo, A.,... Baños, R. M. (en prensa). An Internet-based interactive self-applied program using physiological sensors: Acceptability and usability. *Computers in Human Behavior*.
- Botella, C., Moragrega, I., Baños, R. y García-Palacios, A. (2011). Online predictive tools for intervention in mental illness: The Optimi project. En J.D. Westwood et al (Eds). *Studies in Health Technology and Informatics*, 164, 86-94.
- Botella, C., Osma, J., García Palacios, A., Guillén, V. y Baños, R.M. (2008). Treatment of complicated grief using virtual reality. A case report. *Death Studies*, 32, 674-692.
- Botella, C. Osma, J., García-Palacios, A., Quero, S. y Baños, R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: Data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 311- 323.
- Botella, C., Quero, S., Baños, R. M., García-Palacios, A., Bretón-López, J. Alcañiz, M. y Fabregat, S. (2008). Telepsychology and self-help: The treatment of phobias using the Internet. *CyberPsychology y Behavior* 11, 659-664.
- Botella, C., Quero, S., Lasso de la Vega, N., Baños, R. M., Guillén, V., García Palacios, A. y Castilla, D. (2006). Clinical issues in the application of virtual reality to treatment of PTSD. En M. Roy (Ed.), *Novel Approaches to the Diagnosis and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder* (pp. 183-195). Ámsterdam: IOS Press.
- Botella, C., Quero, S., Serrano, B., García-Palacios, A. y Baños, R.M. (2008). El uso de la realidad virtual en el tratamiento del juego patológico. En Proyecto DROJNET. *Adicciones y nuevas tecnologías de la información y de la comunicación* (pp. 223-234), Gobierno de la Rioja: Quintana, Industrias Gráficas.
- Botella, C., Riva G., Gaggioli, A., Wiederhold, B.K., Alcaniz, M. y Baños, R.M. (2012) The present and future of positive technologies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15, 78-84.

- Botella, C., Villa, H., Baños, R. M., Perpiñá, C. y García-Palacios, A. (1999). The treatment of claustrophobia with virtual reality: Changes in other phobic behaviours not specifically treated. *CyberPsychology & Behaviour*, 2 (2), 135-141.
- Botella, C., Villa, H., García-Palacios, A., Baños, R.M., Perpiñá, C. y Alcañiz, M. (2004). Clinically significant virtual environments for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *CyberPsychology & Behavior*, 7 (5), 527-535.
- Bouchard, S., St-Jacques, J., Robillard, G., Coté, S. y Renaud, P. (2003). Efficacité de l'exposition en réalité virtuelle Pour le traitement de l'acrophobie: Une étude préliminaire. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13 (3), 107-112.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. y Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E. J. Anthony y C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: International Yearbook of Child Psychiatry and Allied Professions* (pp. 197-216), New York: Wiley.
- Bowman, D., Scogin, F., Floyd, M., Patton, E. y Gist, L. (1997). Efficacy of self-examination therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 267-273.
- Bowman, D., Scogin, F. y Lyrene, B. (1995). The efficacy of self-examination therapy and cognitive bibliotherapy in the treatment of mild to moderate depression. *Psychotherapy Research*, 5, 131-140.
- Briscoe, C. W. y Smith, J. B. (1973). Depression and marital turmoil. *Archives of General Psychiatry*, 29 (6), 811-817.
- Brown, G.W., Harris, T. y Copeland, J.R. (1977). Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*, 130, 1-18.
- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313-328.
- Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.

- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 551–556.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256–271.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49–58.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179–192.
- Brown, T. A. y Rosellini, A. J. (2011). The direct and interactive effects of neuroticism and life stress on the severity and longitudinal course of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 844–856.
- Brown, C., Schulberg, H. C., Madonia, M. J., Shear, M. K. y Houck, P. R. (1996). Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 153*, 1293-1300.
- Bulacio, J. M., Vieyra, M. C.; Alvarez Daneri, C. Benatuil, D. y Mongiello, E. (2004). Índice de calidad de vida: Validación de una muestra argentina. *ALCMEON, 11*, 333 – 336.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2013). Long-term outcome of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. Artículo aceptado para publicación.
- Burt, V. K. y Stein, K. (2002). Epidemiology of depression throughout the female cycle. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 9-15.
- Burton, C. M. y King, L. A. (2004). The health benefits of writing about intensely positive experiences. *Journal of Research in Personality, 38* (2), 150–163.

- Burton, C. M. y King, L. A. (2008). Effects of (very) brief writing on health: the two-minute miracle. *British Journal of Health Psychology, 13*, 9-14.
- Burton, C., McKinstry, B., Szentagotai, T. A., Serrano-Blanco, A., Pagliari, C. y Wolters, M. (2013). Activity monitoring in patients with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 145* (1), 21-28.
- Byerly, F. C. y Carlson, W. A. (1982). Comparison among inpatients, outpatients, and normals on three self-report depression inventories. *Journal of Clinical Psychology, 38* (4), 797-804.
- Caballero, L., Aragones, E., Garcia-Campayo, J., Rodriguez- Artalejo, F., Ayuso-Mateos, J. L., Polavieja, P., . . . Gilaberte, I. (2008). Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics, 49*, 520-529.
- Calear, A. L y Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia, 192* (11), 12.
- Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M. y O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, (6), 1021-1032.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D., Brown, T. y Hofman, S. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion, 6*, 587–595.
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., Bystritsky, A., ... Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders, 112*, 92-101.
- Campo, A., Bustos, G. y Romero, A. (2009). Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de estrés percibido (EEP-10 y EEP-14) en una muestra de universitarias de Bogotá, Colombia Aquichan. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, 9*, 271-280.

- Campos, M. S. y Martínez-Larrea, J. A. (2002). Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 25, 117-136.
- Canals, J., Domenech, E., Carbajo, J. y Blade, J. (1997). Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-Year-Old. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 287-294.
- Carl, J. R., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H. y Barlow, D. H. (2013). A preliminary examination of the effects of the unified protocol on temperament. Artículo aceptado para publicación.
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, A., Vernmark, K. y Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 148, 331-337.
- Carlin, A., Hoffman, H. y Weghorst, S. (1997). Virtual reality and tactile augmentation in the treatment of spider phobia: a case report. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (5), 153-158.
- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Van der Linden, M. y Golay, A. (2011). Acceptance and efficacy of a guided internet self-help treatment program for obese patients with binge eating disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 8-18.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Casacalenda, N., Perry, J. C. y Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (8), 1354-1360.
- Casajuana, J. y Romea, S. (2009). Resultados clínicos de la Atención Primaria. En V. Navarro López, A. Martín-Zurro y C. Violán Fors (Eds.), *La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas* (pp. 11-45). Barcelona: Semfyc Ediciones.
- Cavanagh, K., Seccombe, N. y Lidbetter, N. (2011). The implementation of computerized cognitive behavioural therapies in a service user-led, third sector self help clinic. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39 (4), 427-442.

- Cavanagh, K. y Shapiro, D. A. (2004). Computer treatment for common mental health problems. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 239-251.
- Cavanagh, K., Shapiro, D. A., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M. y Proudfoot, J. (2006). The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care. *British Journal of Clinical Psychology, 45* (4), 499–514.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T. y Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Social Indicators Research, 77* (1), 61-78.
- Chinchilla, M. A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Choi, Y. H., Jang, D. P., Ku, J. H., Shin, M. B. y Kim, S. I. (2001). Short-term treatment of acrophobia with virtual reality therapy (VRT): A case report. *CyberPsychology & Behavior, 4* (3), 349-354.
- Chorpita, B. F., Rotheram-Borus, M. J., Bernstein, A., Cromley, T., Swendeman, D., Regan, J. y Daleiden, E. L. (2011). The old solutions are the new problem: How do we better use what we already know about reducing the Burden of mental illness?. *Perspectives on Psychological Science, 6* (5), 493-497.
- Christensen, H. y Griffiths, K.M. (2002). The prevention of depression using the internet. *The Medical Journal of Australia, 177*, 122- 125.
- Christensen, H., Griffiths, K. M, y Farrer, L. (2009). Adherence in Internet interventions for anxiety and depression: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 11* (2), e13.
- Christensen, H., Griffiths, K. M. y Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal, 328* (7434), 265-268.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J. y Brittliffe, K. (2006). Online randomized controlled trial of brief and full cognitive-behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine, 36* (12), 1737–1746.

- Clarke, G. N., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L., ... Gullion, C. (2005). Overcoming depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7 (2), e16.
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L.B., Lewinsohn, P.M. y Seeley, J.R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W., O'Connor, E., ... Seeley, J. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58 (12), 1127-1134.
- Clarke, G. N., Kelleher, C., Hornbrook, M., DeBar, L., Dickerson, J. y Gullion, C. (2009). Randomized effectiveness trial of an internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 222–234.
- Clarke, G. N., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C., Lynch, F., ... Nunley, S. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4 (3), e14.
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Domingo, A., Pinto-Meza, A., . . . Haro, J. M. (2007). Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (2), 21-28.
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R. y Hollon, S. D. (2007). Extreme non-response in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 531-541.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- Cohen, S. y Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (p. 31-67). Newbury Park: Sage.

- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A. y Burns, D. D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clinical Psychology Review*, 24, 583–616.
- Comas, A. y Álvarez, E. (2004). Conocimiento y percepción de la depresión entre la población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 371-376.
- Commission on Chronic Illness. (1957). *Chronic illness in the United States. Volume 1*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Conde, L. V. y Sánchez, V. J. (1969). La escala autoaplicada para la depresión de Zung. *Archivos De Neurobiología*, 32 (4), 535-558.
- Connor-Smith, J. K. y Compas, B. E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 347–368.
- Conti, N. A. (2007). *Historia de la depresión: la melancolía desde la antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: Polemos.
- Costa, C. M. y López, M. E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica: Dar poder para vivir : más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Cova, F., Aburto, B., Sepulveda, M. J. y Silva, M. (2006). Potencialidades y obstáculos de la prevención de la depresión en niños y adolescentes. *Revista Psykhe*, 15, 57-66.
- Cova, F., Rincon, P. y Melipillan, R. (2011). Evaluación de la eficacia de un programa preventivo para la depresión en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 29 (2), 245-250.
- Coyle, D., Doherty, G., Matthews, M. y Sharry, J. (2007). Computers in talk-based mental health interventions. *Interacting with computers*, 545-562.
- Coyne, J. C. (1976a). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- Coyne, J. C. (1976b). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- Coyne, J. C. (1990). Interpersonal processes in depression. In G. I. Keitner (Ed.), *Depression and families: Impact and treatment* (pp. 31-53). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Coyne, J. C., Burchill, S. A. L. y Stiles, W. (1990). An interactional perspective on depression. In C. R. Snyder y D. O. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 327-349). New York: Pergamon.
- Coyne, J. C. y Gotlib, I.H. (1983). The role of cognition in depression. A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, *94*, 472-505.
- Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S. S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., Sherbourne, C., ... Roy-Byrne, P. P. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depression and Anxiety*, *26* (3), 235-242.
- Crawford, J. R. y Henry, J. D. (2004). The Positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*, 245–265.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios, *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 797-830.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Perez, M. I. y Zuniga, M. R. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica*, *28* (1), 127-134.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P. y Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão E Crítica*, *25* (4), 644-652.
- Cuijpers, P. (1997). Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *28* (2), 139-147.
- Cuijpers, P. (1998). A psychoeducational approach to the treatment of depression: A meta-analysis of Lewinsohn's "Coping With Depression" course. *Behaviour Therapy*, *29*, 521–533.
- 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.
- Cuijpers, P., Beekman, A. T. F. y Reynolds, C. F. (2012). Preventing depression: A global priority. *Journal of the American Medical Association*. *307* (10), 1033-1034.

- Cuijpers, P., De Graaf, R. y Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: Risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders, 79*, 71-79.
- Cuijpers, P. y Dekker, J. (2005). Psychologische behandeling van depressie; een systematisch overzicht van meta-analysen. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 149*, 34, 1892-1897.
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A. y Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a metaanalysis. *PLoS One, 6*, e21274.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. y Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine, 40* (12), 1943-1957.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J. y Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32* (4), 280-291.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C. y van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 168* (6), 581-592.
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N. y Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review, 29* (5), 449-458.
- 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), 909-22.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F., Mihalopoulos, C. y Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *The American Journal of Psychiatry, 165* (10), 1272-1280.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smits, N. y Smit, F. (2006). Screening and early psychological intervention for depression in schools: systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry, 15* (5), 300-307.

- Cuijpers, P., van Straten, A. y Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L. y Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 26(3), 279-288.
- Dalton, S. O., Johansen, C., Mellekjaer, L., Norgard, B., Sorensen, H. T. y Olsen, J. H. (2003). Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal tract bleeding: a population-based cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 163 (1), 59-64.
- Dear, B. F., Titov, N., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. y McEvoy, P. (2011). An open trial of a brief transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (12), 830-837.
- De Graaf. L. E., Gerhards, S. A. H., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J. F. M., Evers, S. M. A. A., Severens, J. L., ... Huibers, M. J. H. (2009). Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 195 (1), 73-79.
- De Graaf. L. E., Hollon, S. D. y Huibers, M. J. H. (2010). Predicting outcome in computerized cognitive behavioral therapy for depression in primary care: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 184-189.
- De Graaf,. L. E., Huibers, M. J., Riper, H., Gerhards, S. A. y Arntz, A. (2009). Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. *Journal of Affective Disorders*, 116 (3), 227-231.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R.A. y de Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry*, 22, 1-8.
- De Mello, M. F., De Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H. y Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255 (2), 75-82.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z. y Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (7), 1007-1013.

- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., ... Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62 (4), 409-416.
- De Waal, M.W., Arnold, I.A., Eekhof, Y.A. y Van Hemert, A.M. (2004). Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.
- Dewa, C. S., deRuiter, W., Chau, N. y Karioja, K. (2009). Walking for wellness: Using pedometers to decrease sedentary behaviour and promote mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11 (2), 24-28.
- Díaz, D., Blanco, A., Horcajo, J. y Valle, C. (2007). La aplicación del modelo del estado completo de salud al estudio de la depresión. *Psicothema*, 19 (2), 286-294.
- Díaz, J. L., Torres Lio-Coo, V., Urrutia Zerquera, E., Moreno Puebla, R., Font Darías, I. y Cardona Monteagudo, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35 (3).
- Difede, J. y Hoffman, H. (2002). Virtual reality exposure therapy for World trade center post-traumatic stress disorder: A case report. *CyberPsychology and Behavior*, 5, 529-535.
- Di-Masio, A., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Neu, C., Zwilling, M. y Klerman, G.L. (1979). Differential symptoms reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Dingemans, J. (1993). An update of recent moclobemide interaction data. *International Clinical Psychopharmacology*, 7, 3-4.
- Docherty, J.P. y Streeter, M.J. (1993). Progress and limitations in psychotherapy research. *Journal of Psychotherapy and Research*, 2, 101-118.

- Domínguez, M. D. y Torres, A. J. (1996). Aspectos clínicos y epidemiológicos de la depresión en la adolescencia. En N. Bassas y J. Tomás (Dir.), *Carencia afectiva, hiper-cinesia, depresión y otras alteraciones en la infancia y adolescencia* (pp. 245-258). Barcelona: Edit Laertes.
- Dowrick, C. F., Bellón, J. A. y Gómez, M. J. (2000). GP frequent attendance in Liverpool and Granada: The impact of depressive symptoms. *British Journal of General Practice*, 50, 361-365.
- Dozois, D. J. A. y Dobson, K. S. (2004). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Edenfield, T. M., y Saeed, S. A. (2012). An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 131-141.
- Ehlers, A., Gene-Cos, N. y Perrin, S. (2009). Low recognition of posttraumatic stress disorder in primary care. *London Journal of Primary Care*, 1, 36-42.
- Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, M. y Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198 (1): 66-72.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., ... et al. (1989). National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46 (11), 971-982.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. y Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17 (1), 88-101.
- Elliot, J. C., Carey, K. B. y Bolles, J. R. (2008). Computer-based interventions for college drinking: A qualitative review. *Addictive behaviors*, 994-1005.
- Ellis, A. (1956). An operational reformulation of some of the basic principles of psychoanalysis, *Psychoanalytic Review*, 43, 163-180.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stewart.

- Ellis, A. (1998). *Una terapia breve más profunda y duradera: Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. Barcelona: Paidós.
- Ellis, A. (2003). *Ser feliz y vencer las preocupaciones*. Barcelona; Obelisco.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. México: Pax-mexico, librería c. cesarman.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *The practice of rational emotive therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J. y van der Mast, C. A. P.G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Emmons, R. A. (2008). *¡Gracias!: De cómo la gratitud puede hacerte feliz*. Barcelona: Ediciones B.
- Emmons, R. A. y McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (2), 377-389.
- Endicott, J. y Spitzer (1978) A diagnostic interview: the Schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Etkin, A. y Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1476–1488.
- European Pact for Mental Health and Wellbeing (2008). EU high level conference. Together for mental health and wellbeing. Brussels.
- Eysenck, H. J. (1961). *The handbook of abnormal psychology*. New York, NY: Basic Books.
- Eysenck, H. J. (1981). *A model for personality*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Ezpeleta, L., Guillamón, N., Granero, R., De la Osa, N., Doménech, J.M. y Moya, I. (2007). Prevalence of mental disorders in children and adolescents from Spanish slum. *Social Science and Medicine*, 64, 842-849.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M. y Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 311–319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A btransdiagnostic theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 509–528.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J., . . . Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *43*, 666–678.
- Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K. M. y Mackinnon, A. (2011). Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomised controlled trial. *Plos One*, *6* (11), e28099.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. y Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological Medicine*, *28* (2), 475-480.
- Fava, G. A., Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*, 45-63.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L. y Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74* (1), 26-30.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C. y Grandi, S. (2002). Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, *159* (12), 2094-2095.
- Fava, M. y Kendler, K. (2000) Major depressive disorder. *Neuron*, *28*, 335–341.
- Favaro, A. y Santoanastaso P. (1997). Suicidality in eating disorders. Clinical psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*, 508-514.
- Fergusson, D.H., Horwood, L.J., Ridder, E.M. y Beautrais, A.L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 66-72.

- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV, Versión Clínica*. Barcelona: MASSON.
- Fordyce, M. W. (1977). Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology, 24*, 511-520.
- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology, 30* (4), 483-498.
- Forsyth, K. M. (2001). The design and implementation of a depression prevention program. *Dissertation Abstracts International, 61*, 6704B.
- Frank, J.D. (1968). The influence of patients' and therapists' expectations on the outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology, 41*(4), 349-356.
- Fredrickson, B. L. (1998). "What good are positive emotions?" *Review of General Psychology, 2*, 300-319.
- Freedman, S. R. y Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (5), 983-992.
- Freeman, A. y Oster, C. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1 (pp. 543-574). Madrid: Siglo XXI.
- Freud, S. (1915) Tres ensayos sobre una teoría sexual. En *Obras Completas* (Vol 13). Madrid: Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1917) Mourning and Melancholia. En *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol 14). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1997). *Primeras publicaciones psicoanalíticas: (1893-99)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S., Strachey, J. y Freud, A. (1985). *Estudios sobre la histeria: (1893-95)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Friedman, A. S. (1975). Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients. *Archives of General Psychiatry, 32* (5), 619-637.

- Friedman, E.S. y Thase, M.E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. Caballo, G. Buela y J.A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 1 (pp. 619-681). Madrid: Siglo XXI.
- Friedman, M. A., Detweiler-Bedell, J. B., Leventhal, H. E., Horne, R., Keitner, G. I. y Miller, I. W. (2004). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (1), 47-68.
- Frisch, M. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Gabarrón, E., Vidal, J.M., Haro, J.M., Boix, I., Jover, A. y Arenas, M. (2002). Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria*, 29, 329-337.
- Gamer, E., Gallant, D., Grunebaum, H. y Cohler, B. J. (1977). Children of psychotic mothers. *Archives of General Psychiatry*, 34, 592-597.
- Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W. y Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14 (4), 1241-1259.
- García-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T.A. y Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 983-993.
- Garland, E. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S. y Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30, 849-864.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M. y Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Gega, L., Marks, I. y Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinical and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 147-157.

- Geist, R., Davis, R. y Heinmaa, M. (1998). Binge/purge symptoms and comorbidity in adolescents with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry, 43*, 507-512.
- Gempp, R., Avendaño, C. y Muñoz, C. (2004). Normas y punto de corte para la Escala de depresión del centro para estudios epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica, 22*, 146-156.
- Gempp, R. y Thieme, C. (2010). Efecto de diferentes métodos de puntuación sobre la fiabilidad, validez y puntos de corte de la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Terapia Psicológica, 28* (1), 5-12.
- Gero, G. (1936). The construction of Depression. *International Journal of Psychoanalysis, 17*, 423-461.
- Gershuny, B. S. y Sher, K. J. (1998). The relation between personality and anxiety: Findings from a 3-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 252-262.
- Giles, D. E., Jarrett, R. B., Biggs, M. M., Guzick, D. S. y Rush, A. J. (1989). Clinical predictors of recurrence in depression. *The American Journal of Psychiatry, 146* (6), 764-767
- Gillham, J. E. (2003). Targeted prevention is not enough. *Prevention & Treatment, 6* (1), 17c.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K. y Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*, 203-219.
- Gillham, J. E., Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Hollon, S.D., Freeman, A., DeRubeis, R.J. y Seligman, M.E.P. (1991). *The APEX Project: Manual for group leaders*. Artículo no publicado, University of Pennsylvania.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H. y Seligman, M. P. E. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: Two-year follow-up. *Psychological Science, 6*, 343-351.
- Gillham, J.E., Shatté, A.J. y Freres, D.R. (2000). Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology, 9*, 63-68.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 41*, 55-80.

- Gladstone, T. R. G. y Kaslow, N. J. (1995). Depression and attributions in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 597–606.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G. y Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder and social phobia, 1991–1996. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1819–1821.
- Goldstein, A. P. (1962). Participant expectancies in psychotherapy. *Psychiatry*, 25, 72-79.
- Goodwin, F. K. y Jamison, K. (1990). *Manic depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Goossens, M. E., Vlaeyen, J. W., Hidding, A., Kole-Snijders, A. y Evers, S. M. (2005). Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 21 (1), 18-26.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds.), *Preventing Mental Disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. y Jacobson, N. S. (1998). Cognitive– behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377–384.
- Gotlib, I. H. y Colby, C.A. (1987). *Treatment of depression. An interpersonal systems approach*. Oxford: Pergamon.
- Gotlib, I. H. y Hammen, C. (1992). *Psychological aspects of depression. Toward a cognitiveinterpersonal integration*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 6, 90–100.
- Grant, G. M., Salcedo, V., Hynan, L. S. y Frisch, M. B. (1995). Effectiveness of Quality of life therapy for depression. *Psychological Reports*, 76 (3), e1203.
- Greist, J.H., Marks, I.M., Baer, L., Kobak, K.A., Wenzel, K.W., Hirsch, M.J., ... Clary, C.M. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 138-145.

- Griffith, J. W., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Rose, R. D., Waters, A. M. y Sutton, J. M. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine*, 40, 1125–1136.
- Griffiths, K. M. y Christensen, H. (2006). Review of randomised controlled trials of Internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*, 10, 16–29.
- Grunwald, M. y Busse, J. C. (2003). Online consulting service for eating disorders -analysis and perspectives. *Computers in Human Behavior*, 469-477.
- Guaiana, G., Barbui, C. y Hotopf, M. (2003). Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Guerry, J. D. y Hastings, P. D. (2011). In search of HPA axis dysregulation in child and adolescent depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14 (2), 135-160.
- Guillén, B. V. (2008). *Tratamiento para las reacciones al estrés mediante realidad virtual*. Universitat de València, Valencia, España.
- Guy, W. (1976) Clinical global impressions. En *ECDEU assessment manual for psychopharmacology* (pp. 218-222). Rockville, M D: National Institute for Mental Health.
- Haaga, D.A., Dyck, M.J. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Halgin, R. y Krauss, S. (2005). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. México: Ed. Mc Graw Hill Interamericano.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 6, 278–296.
- Hamilton, M. (1987). Assessment of psychopathology. En L. Lindmarch y P. D. Stonier (Eds.), *Human psychopharmacology - Measures audit methods*. New York: Wiley.
- Hansen, R. A., Gartlehner, G., Lohr, K. N., Gaynes, B. N. y Carey, T. S. (2005). Efficacy and safety of second-generation antidepressants in the treatment of major depressive disorder. *Annals of Internal Medicine*, 143 (6), 415-426.

- Haringsma, R., Engels, G. I., Cuijpers, P. y Spinhoven, P. (2006). Effectiveness of the Coping with depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *International Psychogeriatrics*, 18 (2), 307-325.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., . . . Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- 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.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4), 639-665.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hebl, J. y Enright, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30 (4), 658-667.
- Hedlund, J.L. y Vieweg, B.W., 1979. The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry* 10, 149-166.
- Henderson, S. (1981). Social relationships, adversity and neurosis: an analysis of prospective observations. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, 138, 391-398.
- Herman, K.C., Merrell, K.W. y Reinke, W.M. (2004). The role of school psychology in prevention depression. *Psychology in the School*, 4, 763-775.
- Herrero, R., Castilla, D., Vizcaíno, Y., Molinari, G., García-Palacios, A. y Botella, C. (2013). Avances en el tratamiento psicologico de la fibromialgia: Realidad virtual para la inducción de emociones positivas y la promoción de la activación comportamental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXII (2), 111-120.

- Hersen, M., Himmelhoch, J. M., Thase, M. E. y Bellack, A. S. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15 (1), 21-40.
- Hervás, G. (2009). El bienestar de las personas. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Ed. Alianza.
- Hervás, G., Ortiz, A., Valiente, C., Cantero, D y Vázquez, C. (2009). *Anticipatory and consummatory pleasure in depression and paranoia: the key role of social activities*. Poster presentado en el 43th Annual Convention of ABCT (Association for Behavioral and Cognitive Therapies), New York, USA.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). *Enjoying every little thing: orientation to daily gratification as a mediator of the relationship between extraversion and subjective well-being*. Ponencia presentada en el 3th European conference of positive psychology, Braga, Portugal.
- Hilvert-Bruce, Z., Rossouw, P. J., Wong, N., Sunderland, M. y Andrews, G. (2012). Adherence as a determinant of effectiveness of internet cognitive behavioural therapy for anxiety and depressive disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 463-468.
- Hinrichsen, G.A. (2010). Public policy and the provision of psychological services to older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 97-103.
- Hiroe, T., Kojima, M., Yamamoto, I., Nojima, S., Kinoshita, Y., Hashimoto, N., Watanabe, N., ... Furukawa, T. A. (2005). Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry Research*, 135 (3), 229-235.
- Ho, S. M. Y., Tong, A. K. K. y Lai, W. Y. K. (2006, Mayo). *From positive psychology to positive intervention - some reflections*. Ponencia presentada en el 1st Asian cognitive behaviour therapy (CBT) conference: Evidence-based assessment, theory and treatment, Hong Kong, China.
- Hoek, W., Marko, M., Fogel, J., Schuurmans, J., Gladstone, T., Bradford, N., Domanico, R., ... Van, V. B. W. (2011). Randomized controlled trial of primary care physician motivational interviewing versus brief advice to engage adolescents with an Internet-based depression prevention

intervention: 6-month outcomes and predictors of improvement. *Translational Research*, 158 (6), 315-325.

Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M. y Cuijpers, P. (2009). Prevention of depression and anxiety in adolescents: a randomized controlled trial testing the efficacy and mechanisms of Internet-based self-help problem-solving therapy. *Trials*, 10 (1), 93-105.

Hoffman, H.G., García-Palacios, A., Carlin, A. y Botella, C. (2003). Interfaces that heal: coupling real and virtual objects to treat spider phobia. *International Journal of Human- Computer Interaction*, 16 (2), 283-300.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. y Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 169-183.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., ... Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62 (4), 417-422.

Hollon, S. D. y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.

Hollon, S. D., Muñoz, R. F., Barlow, D. H., Beardslee, W. R., Bell, C. C., Bernal, G., Clarke, G. N., ... Sommers, D. (2002). Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biological Psychiatry*, 52 (6), 610-630.

Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 277-290.

Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Cantu, M. S., Chambers, L. L. y Lejuez, C. W. (2003). The use of daily diaries to assess the relations among mood state, overt behavior, and reward value of activities. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (10), 1137-1148.

Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Robertson, S., Ryba, M., Carvalho, J., Colman, L., . . . Lejuez, C. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 834-840.

- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, J. K. y Eifert, G. H. (2003) Contemporary behavioural activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review, 23*, 699–717.
- Hopko, D. R. y Mullane, C. M. (2008). Exploring the relation of depression and overt behavior with daily diaries. *Behaviour Research and Therapy, 46* (9), 1085-1089.
- Horowitz, J. L. y Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 401-415.
- Hoyert, D.L., Kochanek, K.D. y Murphy, S.L. (1999). *Deaths: Final data for 1997. National Vital Statistics Report*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Ingram, R. E., Odom, M. y Mitchusson, L. (2004). Secondary prevention of depression: Risk, vulnerability, and intervention. En D. J. A. Dozois y K. S. Dobson (Eds.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Washington DC: American Psychological Association.
- Ingram, R. y Wisnicki, K.S. (1988). Assessment of positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 898-902.
- Institute of Medicine (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Institute of Medicine. (2008). *Retooling for an aging America: Building the health care workforce*. Washington, DC: National Academies Press.
- Irving, L. M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J., Hilberg, P. y Nelson, N. (2004). The relationships between hope and outcomes at the pretreatment, beginning, and later phases of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 14* (4), 419-443.
- Jackson, S. W. (1989). *Historia de la melancolia y la depresion: Desde los tiempos Hipocraticos a la epoca moderna*. Madrid: Turner.
- Jacobson, N. S. (1994). Contextualism is dead: Long live contextualism. *Family Process California Then New York, 33*, 97-100.

- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., ... Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (2), 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001) Behavioral activation therapy for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*, 255–270.
- Jané-Llopis, Hosman, C., Jenkins, R. y Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. *British Journal of Psychiatry, 183*, 384-397.
- Janka, A., Robins, L.N., Cottler, L.B. y Early, T.S. (1992). Clinical observation of assessment using the Composite international diagnostic interview (CIDI). *British Journal of Psychiatry, 160*, 815-818.
- Jaser, S. S., Langrock, A. M., Keller, G., Merchant, M. J., Benson, M. A., Reeslund, K, ... Compas B.E. (2005). Coping with the stress of parental depression II: adolescent and parent reports of coping and adjustment. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 193–205.
- Johansson, R. y Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics, 12* (7), 861-869.
- Joiner, T. E. y Wagner, K. D. (1995). Attributional style and depression in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 15*, 777–798.
- Jones, R. (1969). *The irrational beliefs test*. Wichita, Kansas: Test Systems Incorporated.
- Juan, C., Alcañiz, M., Monserrat, C., Botella, C., Baños, R. y Guerrero, B. (2005). Using augmented reality to treat phobias. *IEEE Computer Graphics And Applications, 25* (6), 31-37.
- Juan, C., Baños, R., Botella, C., Pérez, D., Alcañiz, M. y Monserrat, C. (2006). An augmented reality system for the treatment of acrophobia: The sense of presence using immersive photography. Presence: *Teleoperators & Virtual Environments, 15*, 393-402.
- Just, N., Abramson, L.Y. y Alloy, L.B. (2001). Remitted depression studies as tests of the cognitive vulnerability hypotheses of depression onset: A critique and conceptual análisis. *Clinical Psychology Review, 21*, 63-83.
- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophe living: Using the wisdom of Your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing.

- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., ... Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *149* (7), 936-943.
- Kaltenthaler, E. y Cavanagh, K. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy and its uses. *Progress in Neurology and Psychiatry*, *14* (3), 22-29.
- Kaltenthaler, E., Parry, G., Beverley, C. y Ferriter, M. (2008). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, *193*, 181-184.
- Kaltenthaler, E., Sutcliffe, P., Parry, G., Beverley, C., Rees, A. y Ferriter, M. (2008). The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: a systematic review. *Psychological Medicine*, *38* (11), 1521-1530.
- Kandel, D. B., Johnson, J. G., Bird, H. R., Canino, G., Goodman, S. H., Lahey, B. B., Regier, D. A., ... Schwab-Stone, M. (1997). Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders (MECA) Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25* (2), 121-132.
- Kang, M., Marshall, S. J., Barreira, T. V. y Lee, J.-O. (2009). Effect of pedometer-based physical activity interventions: A meta-analysis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *80* (3), 648-655.
- Kanter, J. W., Callaghan, G. M., Landes, S. J., Busch, A. M. y Brown, K. R. (2004). Behavior analytic conceptualization and treatment of depression: Traditional models and recent advances. *Behavior Analyst Today*, *5*, 255-274.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A., Rusch, L. C., Busch, A. M. y West, P. (2010). Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for Latinas diagnosed with depression at a community clinic. *Behavior Modification*, *34*, 120-144.
- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B. A. y Gotlib, I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 589-597.
- Kasper, S., Wehr, T. A., Bartko, J. J., Gaist, P. A. y Rosenthal, N. E. (1989). Epidemiological findings of seasonal changes in mood and behavior. A telephone survey of Montgomery county, maryland. *Archives of General Psychiatry*, *46* (9), 823-833.

- Kasperowicz-Dabrowiecka, A. y Rybakowski J.K. (2001). Beyond the Winokur concept of depression spectrum disease: which types of alcoholism are related to primary affective illness? *Journal of Affective Disorders*, 63, 133-138.
- Kawaharada, M., Ueda, I., Yoshioka, E., Hirano, M., Ikeno, T., Shindou, Y. y Kishi, R. (2013). Depression prevention program for workers of private companies: A randomized controlled trial. *Open Journal of Nursing*, 3, 114-121.
- Kay-Lambkin, F., Baker, A., Lewin, T. y Carr, V. (2011). Acceptability of a clinician-assisted computerized psychological intervention for comorbid mental health and substance use problems: treatment adherence data from a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 13 (1), e11.
- Kazdin, A. E. y Blase, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (1), 21-37.
- Kearns, N. P., Cruickshank, C. A., McGuigan, K. J., Riley, S. A., Shaw, S. P. y Snaith, R. P. (1982). A comparison of depression rating scales. *The British Journal of Psychiatry : the Journal of Mental Science*, 141, 45-49.
- Keller, M.B., Lavori, P. W. y Andrasen (1981). Test-retest reliability of assessing psychiatrically ill patients in a multicenter design. *Journal of Psychiatric Research*, 16, 213-227.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., ... Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342 (20), 1462-1470.
- Kendrick, T., Chatwin, J., Dowrick, C., Tylee, A., Morriss, R., Peveler, R., Leese, M., ... Mann, A. (2009). Randomised controlled trial to determine the clinical effectiveness and cost-effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors plus supportive care, versus supportive care alone, for mild to moderate depression with somatic symptoms in primary care: the THREAD (THREshold for AntiDepressant response) study. *Health Technology Assessment*, 13 (22), 1-182.
- Kernberg, O. (1976). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.

- Kessler, R. C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders. Putting ESEMeD findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*, 10-19.
- Kessler, R. C., Berglund, P. y Demler, O. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National comorbidity survey replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, *289*, 3095–3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Korentz, D., Merikangas, ... Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National comorbidity survey replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association*, *289*, 3095-3105.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Cox, B. J., Green, J. G., Ormel, J., McLaughlin, K. A., Merikangas, K. R., . . . Zaslavsky, A. M. (2011). The effects of latent variables in the development of comorbidity among common mental disorders. *Depression and Anxiety*, *28*, 29–39.
- Kessler, R. C., Demler, O., Jin, R., Berglund, P., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P.S. (2003). Treatment of depression by mental health specialists and primary care physicians—Reply. *The Journal of the American Medical Association*, *290*, 1992-1993.
- Kessler, R. C. y Greenberg; P. (2002). The economic burden of anxiety of anxiety and stress disorders, En L.D. Kennet, D. Charney, J. T. Coyle C. H. y Nemeroff (Eds.), *Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress* (pp. 981-991). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N. y Yonkers, K. A. (2008). Comorbid major depression and generalized anxiety disorders in the National comorbidity survey follow-up. *Psychological Medicine*, *38*, 365–374.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R. y Wang, P.S. (2007). Prevalence, comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 137-158.

- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. y Blazer, D. G. (1966). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168 (30), 17-30.
- Kessler, R. C. y Walters, E.E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Keyes, C. L. M. y Waterman, M. B. (2003). *Dimensions of well-being and mental health in adulthood*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., . . . Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *British Journal of Psychiatry*, 192, 362-367.
- Klausner, E., Snyder, C. R. y Cheavens, J. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients. En G. M. Williamson, P. A. Parmlee y D. R. Shaffer (Eds.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice*. New York: Plenum.
- Klee, S. H. y Garfinkel, B. D. (1984). Identification of depression in children and adolescents: The role of the dexamethasone suppression test. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 410-415
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manicdepressive states. En *Contributions to Psychoanalysis, 1921,1945* (pp. 311-338), London: The Hogarth Press, 1948.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- Klinger, E., Bouchard, S., Legeron, P., Roy, S., Lauer, F., Chemin, I. y Nugues, P. (2005). Virtual reality therapy versus cognitive behavior therapy for social phobia: A preliminary controlled study. *Cyber Psychology and Behavior*, 8, 76-88.
- Kolt, G. S., Schofield, G. M., Kerse, N., Garrett, N., Ashton, T. y Patel, A. (2012). Healthy steps trial: pedometer-based advice and physical activity for low-active older adults. *Annals of Family Medicine*, 10 (3), 206-212.

- Konnert, C., Dobson, K y Stelmach L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents: a randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging Mental Health, 13*, 288–299.
- Korman, G. P. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15* (1), 119-145.
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 35*, 705–715.
- Krantz S. y Hammen, C. (1979) Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 611–619.
- Kranzler, H. R., Kadden, R. M., Bureson, J. A., Babor, T. F., Apter, A. y Rounsaville, B. J. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: Is the interview more important than the interviewer?. *Comprehensive Psychiatry, 36* (4), 278-288.
- Kraus, R., Zach, J. S. y Stricker, G. (2004). *Online counseling: A handbook for mental health professionals*. San Diego: Elsevier.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Monahan, P.O. y Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*, 317–325.
- Kuehner, C. (2005) An evaluation of the ‘Coping with depression course’ for relapse prevention with unipolar depressed patients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 254–259.
- Kuhn, R. (1958) The treatment of depressive states with G 22355 (imipramine hydrochloride). *American Journal of Psychiatry, 115*, 459–464.
- Kupfer, D.J. (1991). Long-term treatment of depression. *Journal of Clinical Psychiatry, 52* (5), 28–34.
- Lagges, A. M. y Dunn, D. W.(2003). Depression in children and adolescents. *Neurologic Clinics, 21*, 953-960.

- Lara, M. A., Navarro, C. y Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *Journal of Affective Disorders, 122*, 109-17.
- Lau, M. A., Segal, Z. V. y Williams, J. M. G. (2004) Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1001–1017.
- Layard, R., Clark, D., Knapp, M. y Mayraz, G. (2007). Cost-benefit analysis of psychological therapy. *National Institute Economic Review, 202* (1), 90-98.
- Layous, K., Katherine, N. S. y Lyubomirsky, S. (2013). What Is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies, 14* (2), 635-654.
- Le, H.-N., Muñoz, R. F., Ippen, C. G. y Stoddard, J. L. (2003). Treatment is not enough: We must prevent major depression in women. *Prevention & Treatment, 6* (1), 10a.
- Learmonth, D. y Rai, S. (2008). Taking computerized CBT beyond primary care. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society, 47*, 111-118.
- Learmonth, D., Trosh, J., Rai, S., Sewell, J. y Cavanagh, K. (2008). The role of computer-aided psychotherapy within an NHS CBT specialist service. *Counselling and Psychotherapy Research, 8*, 117–123.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, ... Dunbar, G. (1997). The Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview: Reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry, 12*, 232-241.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L. y Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*, 126–136.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification, 25*, 255-286.
- Levine, S., Deo, R. y Mahadevan, K. (1989). A comparative trial of a new antidepressant, fluoxetine. *International Clinical Psychopharmacology, 4*, 41-45.

- Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. En R.J. Friedman y M.M. Katz (dirs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-178). Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, vol. 1 (pp. 19-65). Nueva York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M.; Antonuccio, D.O., Breckenridge, J.S. y Teri, L. (1984). *The Coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia Pub.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N. y Hoberman, H. M. (1989) The Coping with depression course: review and future directions. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 470–493.
- Lewinsohn, P.M. y Gotlib, I.H. (1995). Behavioral theory and treatment of depression. En E. Beckham y W.R. Leber (Eds.), *Handbook depression* (pp. 352-375). New York: Guilford Press.
- Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (1997). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V.E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1 (pp. 493-541). Madrid: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H., Teri, L., Hautzinger, M., Reiss, S. y Bootzin R. (1985). *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. New York: Academic
- Lewinsohn, P. M., y Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules, and depressions. *Journal of Abnormal Psychology*, 79 (3), 291-295.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. y Zeiss, A. M. (1992). *Control your depression*. New York: Fireside Books.
- Lewinsohn, P. M. y Talkington, J. (1979). Studies on the measurement of unpleasant events and relations with depression. *Applied Psychological Measurement*, 3, 83-101.
- Lewinsohn, P.M., Youngren, M.A. y Grosscup, S.J. (1979). Reinforcement and depression. En R.A. Depue (dir.), *The psychobiology of depressive disorders: Implications for the effects of stress* (pp. 291-315). Nueva York: Academic Press.
- Lintvedt, O. K., Griffiths, K. M., Sørensen, K., Østvik, A. R., Wang, C. E., Eisemann, M. y Waterloo, K. (2013). Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help

intervention for the prevention of depression: a randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20 (1), 10-27.

Ljótsson, B., Andersson, G., Andersson, E., Hedman, E., Lindfors, P., Andréewitch, S., Rück, C., ... Lindefors, N. (2011). Acceptability, effectiveness, and cost-effectiveness of internet-based exposure treatment for irritable bowel syndrome in a clinical sample: a randomized controlled trial. *Bmc Gastroenterology*, 11 (1), 110.

Lobo, A., Campos, R., Marcos, G., García-Campayo, J., Campayo, A., López-Antón, R. y Pérez-Echeverría, M. J. (2007). Somatic and psychiatric co-morbidity in Primary Care patients in Spain. *The European Journal of Psychiatry*, 21, 71–78.

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X. y Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg depression rating scale y la Hamilton anxiety rating scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clinica*, 118 (13), 493-499.

López-del-Hoyo, Y., Olivan, B., Luciano, J. V., Mayoral, F., Roca, M., Gili, M., Andres, E., ... García-Campayo, J. (2013). Low intensity vs. self-guided Internet-delivered psychotherapy for major depression: a multicenter, controlled, randomized study. *Bmc Psychiatry*, 13 (1), 21.

López-Ibor, J.J., Álamo, C., López-Muñoz, F., Cuenca, E., Rubio, G. y Otero, F.J. (2000). Evolution of the management of depression in Spain from the psychiatrist's perspective. A comparative analysis: 1997 vs 1982. *European Psychiatry*, 15, 362-369.

Lorian, C. N., Titov, N. y Grisham, J. R. (2012). Changes in risk-taking over the course of an internet-delivered cognitive behavioral therapy treatment for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (1), 140-149.

Lumley, J., Austin, M.-P. y Mitchell, C. (2004). Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20 (2), 128-144.

Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M.C. y König, H.H and Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 98, 29-43.

Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M., Mulder, R. T. y Joyce, P. R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural

- therapy for depression. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 190, 496-502.
- Lynch, F.L., Hornbrook, M., Clarke, G.N., Perrin, N., Polen, M.R., O'Connor, E. y Dickerson, J. MS (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1241–124.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M. y Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-131.
- Mackinnon, A. Griffiths, K.M. y Christensen, H. (2008). Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-months outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 192, 130-113.
- MacLeod, C. y Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 189–217.
- MacPhillamy, D.J. y Lewinsohn, P.M. (1982). The pleasant events schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 50 (3), 363-380.
- Magnusson, A. y Partonen, T. (2005). The diagnosis, symptomatology, and epidemiology of seasonal affective disorder. *CNS Spectrums*, 10, 625–634.
- Maier, S.E. y Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105, 3-46.
- Manos, R. C., Kanter, J. W. y Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30, 547–561.
- Mansell, W. (2012). The transdiagnostic approach. En W. Dryden (Ed.), *CBT Approaches to Counselling and Psychotherapy*. Sage.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6–19.
- Marcks, B. A. y Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to a acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 433–445.

- Marco, J. H., Perpiñá, C. y Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: One year follow-up. *Psychiatry Research*, 209 (3), 619-625.
- Marcus, D.K. y Nardone, M.E. (1992). Depression and interpersonal rejection. *Clinical Psychology Review*, 12, 433-449.
- Marks, I. M., Baer, L., Greist, J. H., Park, J. M., Bachofen, M., Nakagawa, A., ... Mantle, J. M. (1998). Home self-assessment of obsessive-compulsive disorder. Use of a manual and a computer-conducted telephone interview: two UK-US studies. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 406-412.
- Marks, I. M., Cavanagh, K. y Gega, L. (2007a). Computer-aided psychotherapy: revolution or bubble?. *The British Journal of Psychiatry*, 471-473.
- Marks, I.M., Cavanagh, K. y Gega, L. (2007b). *Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Hove and New York: Psychology Press.
- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M. y Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, 34, 9-18.
- Marks, I. M., Mataix-Cols, D. Kenwright, M. Cameron, R. Hirsch, S. y Gega, L. (2003). Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 57-65.
- Marks, I. M., Shaw, S. C. y Parkin, R. (1998). Computer-aided treatments of mental health problems. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 151-170.
- Marshall, M. B., Zuroff, D. C., McBride, C. y Bagby, R. M. (2008). Self-criticism predicts differential response to treatment for major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), 231-244.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Mathers, C.D. y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, e442, 3.

- Mathews, A. y McLeod, C. (2005). A cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167–195.
- Mazzucchelli, T., Kane, R. y Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 383-411.
- McCracken, C., Dalgard, O.S., Ayuso-Mateos, J.L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V. y Dowrick, C. (2006). Health service use by adults with depression: Community survey in five european countries. Evidence from the Odin study. *British Journal of Psychiatry*, 189, 161-167.
- McCrone, P., Marks, M., Mataix-Cols, D., Kenwright, M. y McDonough, M. (2009). Computer-aided self-exposure therapy for phobia/ panic disorder: A pilot economic evaluation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (2), 91-99.
- McDermut, W., Miller, I. W. y Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (1), 98-116.
- McEvoy, P. 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, 20-33.
- McHugh, R. K. y Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65, 73–84.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S. y Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1735–1752.
- McLaughlin, K.A. y Nolen-Hoeksema, S. (2011) Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther* 49 (3), 186-193.
- McLean, P. (1982). Behavior therapy: Theory and research. En A.J. Rush (dir.), *Short-term psychotherapies for depression*. Nueva York: Guilford.
- Melville, K. M., Casey, L. M. y Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 49, 455-471.

- Mendelson, M. (1974). *Psychoanalytic Concepts of Depression*. New York: Spectrum Publ.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281–1310.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Moller, H. J., Hegerl, U. y Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: Prevalence and recognition. *Depression & Anxiety, 24*, 185-195.
- Merikangas, K.R., Ames, M., Cui, L., Stang, P.E., Ustun, T.B., Von Korff, M. y Kessler, R.C. (2007). The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the U.S. adult household population. *Archives of General Psychiatry, 64*, 1180–1188
- Merom, D., Phongsavan, P., Wagner, R., Chey, T., Marnane, C., Steel, Z., Silove, D., ... Bauman, A. (2008). Promoting walking as an adjunct intervention to group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders—A pilot group randomized trial. *Journal of Anxiety Disorders, 22* (6), 959-968.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Springfield. IL: Charles C. Thomas.
- Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G. y Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 11* (2), e15.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188* (5), 301-305.
- Mihalopoulos, C. y Vos, T. (2013). Cost-effectiveness of preventive interventions for depressive disorders: an overview. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 13*, (2), 237-242.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press
- Miller, W. R. y Seligman, M.E.P. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 228-238.

- Mindham, R. H. (1982). Tricyclic antidepressants and anxiolytic precursors. En E.S. Paykel (Ed.), *Handbook of Affective Disorders*. New York: The Guildford press.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mira, A. (2012). Un programa de tratamiento de corte cognitivo-comportamental basado en las TICs para la prevención y el tratamiento de la depresión: Descripción del programa y datos preliminares. Trabajo de investigación, Universidad Jaume I, Castellón, España.
- Mira, A., Botella, C., García-Palacios, A., Riera López del Amo, A., Quero, S., Alcañiz, M. y Baños, R.M. (2012). An Internet-based program to cope with regulating stress and emotion: An example of positive technology. *Cybertherapy & Rehabilitation*, 2 (1), 22-23.
- Mira, A., Botella, C., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Moragrega, I., Riera-López del Amo, A., Quero, S., Pérez-Ara, M. A. y Baños, R. M. (2012) Coping with stress: A program for the prevention of depression. *Information and Communication Technologies applied to Mental Health. Proceedings of the 1st Workshop on ICT applied to Mental Health*, 48-52.
- Mitchell, A. J. y Subramaniam, H. (2005). Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1588–1601.
- Mitchell, A. J., Vaze, A. y Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: A metaanalysis. *Lancet*, 374, 609-619.
- Mitchell, J., Vella-Brodrick, D. y Klein, B. (2011). Positive psychology and the Internet: A mental health opportunity. *E-journal of Applied Psychology*, 6 (2), 30.
- Mohr, D. C. y Goodkin, D. E. (1999). Treatment of depression in multiple sclerosis: Review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6 (1), 1-9.
- Mohr, D. C., Siddique, J., Ho, J., Duffecy, J., Jin, L. y Fokuo, J. K. (2010). Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Annals of Behavioral Medicine: a Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40 (1), 89-98.
- Möller, H. J. (2003). Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (418), 73-80.

- Montgomery, S. A. y Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), 382-389.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A. y Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 46, 993-1000.
- Moran, C., Landero, R. y Gonzalez, M. T. (2010). COPE-28: Un análisis psicométrico de la versión en Español del brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.
- Morgan, A. J., Mackinnon, A. J. y Jorm, A. F. (2013). Behavior change through automated e-mails: Mediation analysis of self-help strategy use for depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (2), 57-62.
- Morillo, C., Belloch, A. y García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Moritz, S., Schilling, L., Hauschildt, M., Schröder, J. y Treszl, A. (2012). A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 7-8.
- Morris, B. H., Bylsma, L. M. y Rottenberg, J. (2009). Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies. *British Journal of Clinical Psychology*, 48, 255-273.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Mrazek, P. J. y Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. y Leykin, Y. (2010). Prevention on major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212.
- Muñoz, R. F., Le, H. N., Clarke, G. y Jaycox, L. (2002). Preventing the onset of major depression. En I. H. Gotlib y C.L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 343-359). Nueva York: Guilford.

- Muñoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G.G., Soto, J., ... Lieberman, A.F. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebés/Mothers and Babies course. *Cognitive Behavior Practice, 14*, 70-83.
- Muñoz, R. F. y Ying, Y.W. (1993): *The prevention of depression: Research and practice*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Muñoz, R. F., Ying, Y. W., Armas, R., Chan, F. y Gurza, R. (1987): The San Francisco depression prevention research project: A randomized trial with medical outpatients. En R.F. Muñoz (Ed.), *Depression prevention: Research directions* (pp. 199-215). Washington, DC: Hemisphere.
- Muñoz, R. F., Ying, Y. W., Bernal, G., Pérez-Stable, E. J., Sorensen, J. L., Hargreaves, W. A., Miranda, J., ... Miller, L. S. (1995). Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial. *American Journal of Community Psychology, 23* (2), 199-222.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzell, R. D. y Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry, 41* (1), 33-41.
- Murphy, J. M., Nierenberg, A. A., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M. y Leighton, A. H. (2002). Incidence of major depression: prediction from subthreshold categories in the Stirling county study. *Journal of Affective Disorders, 68*, 2-3.
- Murray, C.J.L. y López, A.L. (1997). Alternative projections of mortality & disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet, 349*, 1498-1504.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work. Third Edition*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health y Royal College of Psychiatrists (2010). *Depression: The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults*. London: Royal College of Psychiatrists.
- National Research Council y Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washington, D.C: National Academies Press.

- Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 121-144.
- Nezu, A.M. y Nezu C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V.E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI Editores, S. A.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y D'Zurilla, T. (2012). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York: Springer Pub. Co.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Nezu, A. M. y Ronan, G. F. (1985). Life stress, current problems, problem solving, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 693-697.
- Norman, S.B., Cissell, S.H., Means-Christensen, A.J. y Stein, M.B (2006). Development and validation of an Overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression & Anxiety*, 23, 245-249.
- North, M. M., North, S. M., y Coble, J. R. (1997). Virtual reality therapy for fear of flying. *American Journal of Psychiatry*, 154 (1), 130.
- Norton, P. J. (2008). An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 39, 242–250.
- Norton, P. J. y Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitivebehavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- O’Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H. y Griffiths, K.M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cognitive Behavioural Therapy*, 35, 43-54.
- O’Kearney, R., Kang, K., Christensen, H. y Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depress Anxiety*, 26, 65-72.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. y Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 642-654.

- Opris, D., Pinteau S., García-Palacios A., Botella C., Szamosközi S. y David D. (2012). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: a quantitative meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 29 (2), 85–93.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)* (10ª Edición). Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2012). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. 20º aniversario del Día Mundial de la Salud Mental. Nota para los medios de información. Ginebra .
- Organización Mundial de la Salud.(1998): *Promoción de la Salud*. Glosario. Ginebra.
- Orvaschel, H., Weissman, M.M. y Kidd, K.K. (1980). Children and depression—the children of depressed parents; the childhood of depressed patients; depression in children. *Journal of Affective Disorders*, 2 (1), 1–16.
- Osgood-Hynes, D. J., Baer, L., Greist, J., y Marks, I. M. (1996). Computer-aided telephone administered behavioral treatment of depression. Ponencia presentada en la Conference of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Boston.
- Osgood-Hynes, D. J., Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Heneman, S. W., Wenzel, K. W., Manzo, P. A., ... Vitse, H. M. (1998). Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets: an open U.S.-U.K. study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(7), 358-365.
- Ostler, K., Thompson, C., Kinmonth, A. L., Peveler, R. C., Stevens, L. y Stevens, A. (2001). Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: the Hampshire Depression Project. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 178 (1), 12-17.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. y Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61 (7), 714-719.
- Park, N. y Peterson, C. (2009). Achieving and sustaining a good life. *Perspective son Psychological Science*, 4, 422-428.

- Park, N., Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). Character strengths and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 603-619.
- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica, 31* (1), 11-19.
- Parker, G. (1979). Reported parental characteristics in relation to trait depression and anxiety Levels in a Non-Clinical Group. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 13* (3), 260-264.
- Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P. y Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41* (3), 280-289.
- Paykel, E. Myers, K., Dietnelt, M., Klerman, E., Lindelthal J. y Pepper, M (1969). Life events and depression: a controled study. *Archives of general Psychiatry, 21*, 753-760.
- Paykel, E. S., Brugha, T. y Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology, 5*, 411–523.
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo, 28*, 97-110.
- Perini, S., Titov, N. y Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43* (6), 571-578.
- Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R.M. (2000). *Imagen corporal en los trastornos alimentarios. Evaluación y tratamiento por medio de realidad virtual*. Valencia: Promolibro.
- Perpiñá, C., Botella, C., Baños, R.M., Marco, J.H., Alcañiz, M. y Quero, S. (1999). Body image and virtual reality in eating disorders: Exposure by virtual reality is more effective than the classical body image treatment? *Cyberpsychology & Behavior, 2*, 149-159.
- Perpiñá, C., Marco, J.H., Botella, C. y Baños, R. M. (2003). Tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en los trastornos alimentarios mediante Realidad Virtual: Un estudio de caso. *Psicología Conductual, 11*, 353-372.

- Perris, C. (1989). Cognitive therapy with the adult depressed patient. En A. Freedman, K.M. Simon, L.E. Bleutler y H. Arkowitz (Dirs.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp. 299-319). Nueva York: Plenum.
- Peters, K. K. y Carlson, J. G. (1999). Worksite stress management with high-risk maintenance workers: A controlled study. *International Journal of Stress Management*, 6, 21-44.
- Petersen, C. B., Severin, M., Hansen, A. W., Curtis, T., Grønbaek, M. y Tolstrup, J. S. (2012). A population-based randomized controlled trial of the effect of combining a pedometer with an intervention toolkit on physical activity among individuals with low levels of physical activity or fitness. *Preventive Medicine*, 54 (2), 125-130.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., Maier, S. F. y Seligman, M. E. (1993). *Learned helplessness. A theory for the age of personal control*. Nueva York: Oxford University Press.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression. *Psychological Review*, 94, 347-374.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press.
- Philipp, M., Maier, W. y Delmo, C. D. (1991). The concept of major depression. I. Descriptive comparison of six competing operational definitions including ICD-10 and DSM-III-R. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240, 4-5.
- Phillips, R. S. C. (2000). Preventing depression: A program for African American elders with chronic pain. *Family and Community Health*, 22, 57-65.
- Polaino-Lorente, A., Mediano, M.L., Martínez, J. y Arias, R. (1997). Epidemiological study of the symptomatology of children depression in madrid school-age population. *Anales Españoles de Pediatría*, 46, 344-350.
- Porta, M. S., Greenland, S. y Last, J. M. (2008). *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press.

- Porto, P. R., Oliveira, L., Mari, J., Volchan, E., Figueira, I. y Ventura, P. (2009). Does cognitive behavioral therapy change the brain? A systematic review of neuroimaging in anxiety disorders. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 21, 114–125.
- Potter, W.Z. y Hollister, L.E. (2004). Antidepressant agents. En B. G. Katzung (Ed.), *Basic and Clinical Pharmacology* (pp: 482-495). New York, NY: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Power, M. J. y Freeman, C. (2012). A randomized controlled trial of IPT versus CBT in primary care: with some cautionary notes about handling missing values in clinical trials. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19 (2), 159-169.
- Powers, M. B. y Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (3), 561-569.
- Proudfoot, J. G. (2008). Computer-based treatment for anxiety and depression: Is it feasible? Is it effective? *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 353-363.
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. and Gray, J. A. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine*, 33, 217–227
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., ... Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 185, 46-54.
- Purves, D. G., Bennett, M. y Wellman, N. (2009). An open trial in the NHS of Blues Begone: A new home-based computerized CBT program. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37 (5), 541–551.
- Quero, S., Pérez-Ara, M.A., Bretón-López, J., García-Palacios, A., Baños, R.M., y Botella, C. (2013). Acceptability of virtual reality interoceptive exposure for the treatment of panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Guidance & Counselling*, 5, 1-15.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rado, S. (1928). The problem of melancholia. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 420-438.

- Rasmussen, M. K. y Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 24, 227–233.
- Ravindran, A. V., Anisman, H., Merali, Z., Charbonneau, Y., Telner, J., Bialik, R. J., Wiens, A., ... Griffiths, J. (1999). Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1608-1617.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived stress scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 86-93.
- Richards, D. y Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32 (4), 329-342.
- Richardson, T., Stallard, P. y Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13 (3), 275-290.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S. y Molinari, E. (1998). Experiential cognitive therapy: A VR based approach for the assessment and treatment of eating disorders. *Studies in Health Technology and Informatics*, 58, 120-135.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., Vincelli, F. y Molinari, E. (2000). Virtual reality-based experiential cognitive treatment of obesity and binge-eating disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7 (3), 209-219.
- Riva G., Baños R, Wiederhold B, Botella C y Gaggioli, A. (2012) A positive technology: Using interactive technologies to promote human positive functioning. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15, 69-77.
- Robb, K. A., Williams, J. E., Duvivier, V. y Newham, D. J. (2006). A Pain management program for chronic cancer-treatment-related pain: A preliminary study. *Journal of Pain*, 7 (2), 82-90.

- Robins, L. N. (1989) Diagnostic grammar and assessment: translating criteria into questions. *The Psychological medicine*, 19 (1), 57-68.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J. y Ratcliff, K. S. (1981). National institute of mental health diagnostic interview schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38(4), 381-389.
- 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.
- Robles, Y., Saavedra, J. E., Mezzich, J. E., Sanz, Y., Padilla, M. y Mejía, O. (2010). Índice de calidad de vida: validación en una muestra peruana. *Anales de Salud Mental*, 26 (2), 33-43.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S. y Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 269-283.
- Rodin, I. y Thompson, C. (1997). Seasonal affective disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 3, 352-359.
- Rodrigue, J. R., Baz, M. A., Widows, M. R y Ehlers, S. L. (2005). A randomized evaluation of Quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation*, 5 (10), 2425-2432.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. y Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71-88.
- Roose, S. P., Laghrissi-Thode, F., Kennedy, J. S., Nelson, J. C., Bigger, J. T. J., Pollock, B. G., Gaffney, A., ... Gergel, I. (1998). Comparison of paroxetine and nortriptyline in depressed patients with ischemic heart disease. *Jama: the Journal of the American Medical Association*, 279 (4), 287-291.
- Rosenthal, N. E., Sack, D. A., Gillin, J. C., Lewy, A. J., Goodwin, F. K., Davenport, Y., Mueller, P. S., ... Wehr, T. A. (1984). Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41 (1), 72-80.

- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J. y North, M. M. (1995). Effectiveness of virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry*, 152, 626-628.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Ready, D., Graap, K. y Alarcon, R. D. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 617-622.
- Rothbaum, B. O., Ruef, A. M., Litz, B. T., Han, H. y Hodges, L. (2004). Virtual reality exposure therapy of combat-related PTSD: A case study using psychophysiological indicators of outcome. En S. Taylor (Ed), *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-behavioral perspectives*. New York: Springer.
- Rounsaville, B. J., Weissman, M. M., Prusoff, B. A. y Herceg-Baron, R. L. (1979). Marital disputes and treatment outcome in depressed women. *Comprehensive Psychiatry*, 20 (5), 483-490.
- Rowe, S. K. y Rapaport, M. H. (2006) Classification and treatment of sub-threshold depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 9–13.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62, 123-129.
- Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H. y Lange, A. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: A randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 206-221.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (6), 1069-1081.
- Sacco, W. P. y Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. En E. E. Beckham y W. R. Leber (Eds.), *Handbook depression* (pp. 329-351). Nueva York: Guilford.
- Sainz de Rozas C., Ruiz-Clavijo, M.T. y Díaz, A. (2004). Evolución del consumo de fármacos antidepresivos en las áreas sanitarias de la Rioja y Zamora durante el periodo 1997-2001. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 631-645.

- Saiz, R. J. y Montes, R. J. M. (2005). Tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista Clínica Española*, 205 (5), 233-240.
- Salleras, L. (1994). La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención. *Medicina Clínica*, 102, 5-12.
- Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M. y Sephton, S. E. (2009). Yoga and mindfulness: Clinical aspects of an ancient mind/body practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (1), 59-72.
- Sánchez, O. y Méndez, F. X. (2009a). Prevención de la depresión infantil mediante el fomento del optimismo. *Revista de Psicoterapia*, 18, 77-89.
- Sánchez, O. y Méndez, F. X. (2009b). El optimismo como factor protector de la depresión infantil y adolescente. *Clínica y Salud*, 20 (3), 273-280.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas Panas de afecto positivo y negativo: Validación factorial y transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Sandler, J. y Joffe, W.G. (1965). Notes on childhood depression. *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 88-96.
- Sandler, J. y Sandler, A. M. (1978). On the development of object relations and affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 59 285-296.
- Sanjuan, P. (1999). Estilo atribucional y depresión: conclusiones y aspectos relevantes. *Clínica y Salud*, 10, 39-57.
- Santodomingo, J. y Rubio, G. (2000). *Depresión y alcoholismo*. En: Vallejo J, Gastó C, editores. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión 2ª edición Barcelona: Masson.
- Santor, D.A., Gregus, M. y Welch, A. (2006). Eight years decades of measurement in depression. *Measurement*, 4, 135-155.
- Sanz, J., García Vera, M-P., Espinosa, R., Fortin, M y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II):2. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.

- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y modificación de conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, 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. (2008). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología. Vol. 2*, 2ª ed. revisada (pp. 271-298). Madrid: McGraw Hill.
- Sarason, I. G. (1975). Anxiety and self-preoccupation. En I. G. Sarason y C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 27-44). Washington, DC: Hemisphere.
- Sarin, S., Abela, J. R. Z. y Auerbach, R. P. (2005). The response styles theory of depression: a test of specificity and causal mediation. *Cognition and Emotion*, 19, 751–761.
- Sartorius, N. (2001). The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (15), 8–11.
- Sartorius, N. (2002). One of the last obstacles to better mental health care: the stigma of mental illness. *Neuropsychiatrie*, 16, 5–10.
- Sartorius, N., Üstün, T.B., Lecrubier, Y. y Wittchen, H.U. (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on “Psychological disorders in primary health care”. *British Journal of Psychiatry*, 168 (30), 38-43.
- Saulsberry, A., Marko-Holguin, M., Blomeke, K., Hinkle, C., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., ... Van, V. B. W. (2013). Randomized clinical trial of a primary care Internet-based intervention to prevent adolescent depression: One-year outcomes. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22 (2), 106-117.
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L. y Norr, A. (2012). Randomized controlled trial of false safety behavior elimination therapy: A unified cognitive behavioral treatment for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*, 43 (3), 518-532.

- Schneider, A. J., Mataix-Cols, D., Marks, I. M. y Bachofen, M. (2005). Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 154-164.
- Schramm, E., van, C. D., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., Leonhart, R., ... Berger, M. (2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (5), 768-777.
- Schulberg, H. C., Block, M. R., Madonia, M. J., Scott, C. P., Rodriguez, E., Imber, S. D., Perel, J., ... Coulehan, J. L. (1996). Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53 (10), 913-919.
- Schwartz, D, y Lellouch, J. (1967) Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. *Journal Chronic Diseases*, 20, 637-648.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Cahill, B. S. y O' Riley, A. A. (2008). Psychometric properties of the Beck depression inventory-II (BDI-II). Among community-dwelling older adults. *Behavior Modification*, 32 (1), 3-20.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Segrin, C. y Dillard, J.P. (1992). The interactional theory of depression: A meta-analysis of the research literature. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 43-70.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. y Parks, A. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 8, 774-788

- Seligman, M. E. P., Schulman, P., DeRubeis, R. J. Y Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention and Treatment*, 2 (1), 8a.
- Seligman, M. E. P., Schulman, P. y Tryon, A. M. (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1111–1126.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M. (2007). Autobiographical memory in older adults with and without depressive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 41-57.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M. y Montañés, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Espanola De Geriatria Y Gerontologia*, 40 (4), 220-227.
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto- Meza, A., Lujan, L., Fernández, A., . . . Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 45, 201-210.
- Sethi, S., Campbell, A. J. y Ellis, L. A. (2010). The use of computerized self-help packages to treat adolescent depression and anxiety. *Journal of Technology in Human Services*, 28, 144-160.
- Shaffer, D. y Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (2), 70-74.
- Shaffer, D., Fisher, P. y Dulcan, M.K. (1996). The NIMH Diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Sheard, T. y McGuire, P. (1999). The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two metaanalyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770–1780.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Bonora, L.I., Dunbar, G.C. (1997). Reliability and validity of the Mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Sheffield, J. K., Spence, S. H., Rapee, R. M., Kowalenko, N., Wignall, A., Davis, A. y McLoone, J. (2006). Evaluation of universal, indicated, and combined cognitive-behavioral approaches to the prevention of depression among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 66-79.
- Sheldon, K. M., Kasser, T., Smith, K. y Share, T. (2002). Personal goals and psychological growth: Testing an intervention to enhance goal attainment and personality integration. *Journal of Personality*, 70 (1), 5-31.
- Shin, L. M. y Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35, 169–191.
- Shoham, V. y Insel, T. R. (2011). Rebooting for whom? Portfolios, technology, and personalized intervention. *Perspectives on Psychological Science*, 6 (5), 478-482.
- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A. y Meltzer, H. (2001). *Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000*. London: Her Majesty's Stationery Office (HMSO).
- Snaith, R. P. (1987). The concepts of mild depression. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 150, 387-93.
- Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures & applications*. San Diego, Calif: Academic Press.
- Solomon, A., Haaga, D.A. y Arnow, B.A. (2001). Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 498-506.
- Spates, C. R., Kalata, A., Ozeki, S., Stanton, C. y Peters, S. (2012). Initial open trial of a computerized behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 37 (3), 259-297.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J. y Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A metaanalysis. *Psychological Medicine*, 37 (3), 319–328.

- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklícek, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J. y Pop, V. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine*, 38, 635-639.
- Spek, V., Nyklícek, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J. y Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37 (12), 1797-1806.
- Spence, J., Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Solley, K., Lorian, C., Wootton, B., ... Schwenke, G. (2011). Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 28 (7), 541-50.
- Spitzer, R.L, Williams, J.B y Gibbon, M. (1987): *Structured clinical interview for DSM-II-R outpatient version. (SCID OP)*: Biomedics research department. New York: Psychiatric Institute.
- Steen, J. H. (2004). Measuring the efficacy of the Snyder Hope theory as an intervention with an inpatient population (C. Richard Snyder). *Dissertation Abstracts International. Section A. Humanities and Social Sciences*, 65, 2103.
- Stjernswärd, S. y Ostman, M. (2011). Illuminating user experience of a website for the relatives of persons with depression. *The International Journal of Social Psychiatry*, 57 (4), 375-86.
- Suler, J.(2001): Assessing a person's suitability for online therapy: The ISMHO clinical case study group. *CyberPsychology and Behavior*, 4, 675-679.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology and Behavior*, 3, 321-326.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sunderland, M., Wong, N., Hilvert-Bruce, Z. y Andrews, G. (2012). Investigating trajectories of change in psychological distress amongst patients with depression and generalised anxiety disorder treated with internet cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 50 (6), 374-380.
- Tableman, B. (1989). Stress management training for low income women. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 6 (2), 259-284.

- Tanaka-Matsumi, J. y Kameoka, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54* (3), 328-333.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. y Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (4), 615-623.
- Tejero, A., Guimera, E., Farre, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 12*, 233-238.
- Tennant, C., Bebbington, P. y Hurry, J. (1980). Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine, 10* (2), 289-299.
- Thompson, L. W., Coon, D.W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B.R. y Koin, D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 225-240.
- Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J. y Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy, 48* (6), 459-66.
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry, 24*, 18-23.
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G. y Johnston, L. (2009). Randomized controlled trial of web-based treatment of social phobia without clinician guidance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*, 913-919.
- Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E. y Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *Plos One, 5* (6), e10939.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. y Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 890-899.

- Titov, N., Andrews, G., Kemp, A. y Robinson, E. (2010). Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an Internet clinic: Comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS ONE*, 5 (5), 1-5.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Robinson, E., Peters, L. y Spence, J. (2010). Randomized controlled trial of Internet cognitive behavioural treatment for social phobia with and without motivational enhancement strategies. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (10), 938-945.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Solley, K., Johnston, L. y Robinson, E. (2009). An RCT comparing effect of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (10), 920-926.
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., ... McEvoy, P. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided Internet treatment for anxiety and depression: Randomised Controlled Trial. *Plos One*, 8, 7.
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L. y Terides, M. (2012). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety and depression. *Revista de psicopatologia y psicologia clínica*, 17, 237 -260.
- Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G. y McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (8), 441-452.
- Toneatto, T. y Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 52 (4), 260-266.
- Tortella-Feliu, M., Botella, C., Llabrés, J., Bretón-López, J. M., Riera López del Amo, A., Baños, R. M. y Gelabert, J. M. (2011). Virtual reality versus computer-aided exposure treatments for fear of flying. *Behavior Modification*, 35 (1), 3-30.
- Tsao, J. C. I., Lewin, M. R. y Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorders on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 357-371.

- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L. y Zucker, B. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493–509.
- Tull, M. T. y Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 38, 378–391.
- Tylee, A. (2000). Depression in Europe: Experience from the Depres II Survey. *European Neuropsychopharmacology*, 10, 445-448.
- Urbina, J.R., Flores, J.M., Torres, S.L. y Torrubias, R.M. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 21, 37-42.
- USDHHS. (2000). *Healthy People 2010*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Valladares, A., Dilla, T. y Sacristán, J. A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (1), 49-53.
- Vallejo, M. A. (2012). *Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.
- Vallejo, M. A., Jordán, C., Mañanés, G., Andrés, A., Comeche, M. I. y Díaz, M. I. (2007). Clinical psychology offers in the internet in Spain. *Computer in Human Behavior*, 2133-2143.
- Vallejo, R. J. (2002). *Comorbilidad de los trastornos afectivos*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Van Hees, M. L., Rotter, T., Ellermann, T. y Evers, S. M. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *Bmc Psychiatry*, 13 (1), 22.
- Van Straten, A., Cuijpers, P. y Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (1), e7.
- Van Voorhees, B. W., Ellis, J., Stuart, S., Fogel, J. y Ford, D. E. (2005). Pilot study of a primary care internet-based depression prevention intervention for later adolescents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 14 (2), 40–43.

- Van Voorhees, B. W., Fogel, J., Reinecke, M. A., Gladstone, T., Stuart, S., Gollan, J., ... Bell, C (2009). Randomized clinical trial of an internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12 week outcomes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 30*, 23–37.
- Van Voorhees, B. W., Vanderplough-Booth, K., Fogel, J., Gladstone, T., Bell, C., Stuart, S., Gollan, J., ... Reinecke, M. A. (2008). Integrative internet-based depression prevention for adolescents: a randomized clinical trial in primary care for vulnerability and protective factors. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 17*, 4, 184-196.
- Vázquez, C. (1990a). El concepto de conducta anormal. En: F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol.1, pp. 449-472). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1990b). Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en Psicopatología. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (pp. 655-678). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1990c). Sistemas de clasificación en psicopatología. En: F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (pp. 679-708). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En J. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vázquez C., Castilla, C. y Hervás, G. (2008). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., Nieto, M. y Hervás, G. (2006). La evaluación de la depresión en adultos. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 89-114). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual, 14*, 401-432.

- Vázquez, C., Hervás, G., y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: Una revisión tras 30 años de investigación. *Psicología Conductual*, 18, 139-165.
- Vázquez, C. y Jiménez, F. (2000). Compendio de escalas para la evaluación de la depresión y la manía. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds.), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 288-308). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C. y Ring, J. (1993). Altered cognitions in depression: Are dysfunctional attitudes stable?. *Personality and Individual Differences*, 15, 475-479.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. 2 (pp. 717-784.) Valencia: Promolibro
- Vázquez, F. L. y Torres, A. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud*, 18, 221-246.
- Vázquez, F.L y Torres, A. (2005). La prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.
- Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, J.F., Aldama, J., Samaniego, C., Menéndez, J. y Mirapeix, C. (1987). Community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjarehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., Carlbring, P., ... Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (5), 368-376.
- Vizcarro, C., León, O., Garcimartin, J., Garcia, J, Llórente, G, Romero, J. y Vargas, J. A. (1986): Aportaciones de una entrevista estructurada (SADS) al acuerdo interjueces en el diagnóstico por medio los Criterios Diagnósticos para la Investigación. *Evaluación Psicológica*, 2, 99-114.
- Vuorilehto, M., Melartin, T. Y Isometsä, E. (2005). Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychological Medicine*, 35, 673-682.
- Wagner, E. H., Austin, B., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. y Bonomi A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence to action. *Health Affairs*, 20, 64-78.

- Wallach, H. S., Safir, M. y Bar-Zvi, M. (2009). Virtual reality cognitive behavior therapy for public speaking anxiety: A randomized clinical trial. *Behavior Modification*, 33, 314–333.
- Waller, R. y Gilbody, S. (2009). Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychological Medicine*, 39 (5), 705-712.
- Wang, J., Williams, J., Lavorato, D., Schmitz, N., Dewa, C. y Patten, S. B. (2010). The incidence of major depression in Canada: the National Population Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 123, 1-3.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. y Kessler, R. C. (2005). Twelve month use of mental health services in the USA. Results from the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629–640.
- 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. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (2), 124-138.
- Warmerdam, L., van Straten, A., Twisk, J., Riper, H. y Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (4), e44.
- Watkins, P., Scheer, J., Ovnicek, M. y Kolts, R. (2006). The debt of gratitude: Dissociating gratitude and indebtedness. *Cognition & Emotion*, 20 (2), 217-241.
- Watson, D., Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Personality Social Psychol*, 54, 1063-1070.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Davis, L. T., Dehon, E. E., Fulton, J. J. y Gratz, K. L. (2012). Examining the association between emotion regulation difficulties and probable posttraumatic stress disorder within a sample of African Americans. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 5–14.
- Weissman, A. N. y Beck, A. T. (1978, marzo). *Development and Validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A Preliminary Investigation*. Ponencia presentada en el Annual meeting of the American Education Research Association, Toronto, Canadá.

- Weissman, M. M. (2007). Recent non-medication trials of interpersonal psychotherapy for depression. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, *10*, 117-122.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S. y Hwu, H. G., ... Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama The Journal Of The American Medical Association*, *276*, 293-299.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C. y Klerman, G. L. (2000) *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weissman M.M. y Paykel E.S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. University of Chicago Press: Chicago.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., ... Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Jama: the Journal of the American Medical Association*, *281* (18), 1707-1713.
- Wells, M., Mitchell, K. J., Finkelhor, D. y Becker-Blease, K. A. (2007). Online mental health treatment: concerns and considerations. *Cyberpsychology & Behavior: the Impact of the Internet, Multimedia and Virtual Reality on Behavior and Society*, *10* (3), 453-459.
- Welner, Z., Welner, A., McCrary, M. D. y Leonard, M. A. (1977). Psychopathology in children of inpatients with depression: a controlled study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *164* (6), 408-413.
- Westra, H. A., Arkowitz, H. y Dozois, D. J. A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 1011-1184.
- Westra, H. A. y Dozois, D. J. A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 481-498.
- Westrin, A. y Lam, R.W. (2007) Seasonal affective disorder: a clinical update. *Annals of Clinical Psychiatry*, *19*, 239-246.

- Whitfield, G., Hinshelwood, R., Pashely, A., Campsie, L. y Williams, C. (2006). The impact of a novel computerized CBT CD-ROM (Overcoming depression) offered to patients referred to clinical psychology. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34 (1), 1–11.
- Whitfield, G. y Williams, C. (2004). If the evidence is so good – why doesn't anyone use them? a national survey of the use of computerized cognitive behaviour therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 57 -65.
- Wiederhold, B. K., Gervitz, R. y Wiederhold, M. D. (1998). Fear of flying: A case report using virtual reality therapy with physiological monitoring. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 97-103.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882-890.
- Wilfley, D. E, MacKenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E. y Weissman M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books.
- Williams, C. J., Taylor, L., Aubin, S. D., Harkin, P. J. R. y Cottrell, D. (2002). *Overcoming depression: A five-areas approach selfhelp package*. Leeds: Calipso/University of Leeds.
- Williams, J. M, Russell, I. y Russell, D. (2008) Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 524–529.
- Wims, E., Titov, N., Andrews, G. y Choi, I. (2010). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 599-607.
- Wittchen, H. U., Hofler, M. y Meister, W. (2001) Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 121–135.
- Wittchen, H.U. y Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.

- Wittchen, H.-U., Semler, G. y von Zerssen, D. (1985). A comparison of two diagnostic methods: Clinical ICD diagnoses vs DSM-III and Research diagnostic criteria using the Diagnostic interview schedule (version 2). *Archives of General Psychiatry*, 42 (7), 677-684
- Wolpe, J. (1979). The experimental model and treatment of neurotic depression. *Behavior Therapy*, 17 (6), 555-565.
- Wootton, B. M., Dear, B. F., Johnston, L., Terides, M. D. y Titov, N. (2013). Remote treatment of obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2 (4), 375-384.
- World Health Organization (1948). Preamble to the constitution of the World health organization. En *Official records of the World Health Organization* (p. 100). Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *Prevention and treatment of mental disorders. Effective interventions and policy options*. Summary report. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *Iniciative depression in mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Zealley, A. K. y Aitken, R. C. B. (1969) Measurement of mood. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 62, 993-996.
- Zeiss, A.M. y Lewinsohn, P.M. (2000). Depression: "Vicious" or variable? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 232-235.
- Zerssen, D., Von strian, F. y Schwarz, D. (En 1974) Evaluation of depressive states, especially in longitudinal studies. En P. Pichot & R. Olivier-Martin (Eds.), *Psychological Measurements in Psychopharmacology* (pp. 189-203). Basel: Karger.
- Zettle, R. D. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance & commitment therapy in treating depression*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Zigmond, A. S. y Snaith, P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psiquiátrica Scandinávica*, 67 (6), 361-370.

Zisook, S., Lesser, I., Stewart, J. W., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., Gilmer, W. S., ... Rush, A. J. (2007). Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *164*, (10), 1539-1546.

Zung, W. W., Richards, C. B. y Short, M. J. (1965). Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS. *Archives of General Psychiatry*, *13* (6), 508-515.

ANEXO II: TABLA RESUMEN DE LOS INSTRUMENTOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN

PRE-TRATAMIENTO		POST-MÓDULO 2	POST-MÓDULO	POST-TRATAMIENTO		SEGUIMIENTOS (3 Y 6 MESES)
FUERA DEL SISTEMA	DENTRO DEL SISTEMA	DENTRO DEL SISTEMA	DENTRO DEL SISTEMA	FUERA DEL SISTEMA	DENTRO DEL SISTEMA	DENTRO DEL SISTEMA
MINI	OASIS	OASIS	OASIS	EVALUACION INTERFERENCIA ESTRESORES	OASIS	OASIS
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	ODSIS	ODSIS	ODSIS	ENTREVISTA CUALITATIVA	ODSIS	ODSIS
DATOS BIOGRÁFICOS	IDEACIÓN SUICIDA	IDEACIÓN SUICIDA	IDEACIÓN SUICIDA		IDEACIÓN SUICIDA	IDEACIÓN SUICIDA
	PANAS-RASGO				PANAS-RASGO	PANAS-RASGO
		PANAS-ESTADO	PANAS-ESTADO			
	BDI-II				BDI-II	BDI-II
	COPE (ABREVIADO)				COPE (ABREVIADO)	COPE (ABREVIADO)
	INVENTARIO CALIDAD VIDA				INVENTARIO CALIDAD VIDA	INVENTARIO CALIDAD VIDA
	ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO				ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO	ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO
	EROS				EROS	EROS
	EOS				EOS	EOS
		ESCALA DE EXPECTATIVAS SOBRE EL TRATAMIENTO				
					ESCALA DE OPINIÓN DEL TRATAMIENTO	ESCALA DE OPINIÓN DEL TRATAMIENTO
					VALORACIÓN DE MEJORÍA	VALORACIÓN DE MEJORÍA
					SUS	
					CUA	
	DIARIO DE ACTIVIDAD	DIARIO DE ACTIVIDAD	DIARIO DE ACTIVIDAD		DIARIO DE ACTIVIDAD	A LOS 6 MESES: MINI (FUERA DEL SISTEMA)

ANEXO III: ENTREVISTA

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

Versión en español 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

Spanish version translated by :
L.Ferrando, L.Franco-A, M.Soto, J.Bobes, O Soto, L. Franco, J.Gibert
Instituto IAP – Madrid - SPAIN

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Este documento no puede ser reproducido o transmitido, ni total, ni parcialmente, en forma alguna, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Los investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas (como universidades, hospitales, organismos gubernamentales) pueden hacer copias simples del M.I.N.I. con el fin de utilizarlo en el marco estricto de sus actividades clínicas y de investigación.

M.I.N.I. 5.0.0 versión en español / DSM-IV / actual (enero 1998)

NOMBRE DEL PACIENTE : _____	PROTOCOLO NÚMERO : _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	Hora de comienzo: _____
ENTREVISTA REALIZADA POR : _____	Hora final: _____
FECHA DE LA ENTREVISTA: _____	DURACION TOTAL: _____

M.I.N.I. 5.0.0 /versión en español / DSM-IV / actual

MODULOS	PERIODOS EXPLORADOS	
A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	Actual (2 últimas semanas) + vida entera	
A'. EDM con rasgos melancólicos	Actual (2 últimas semanas)	<u>Opcional</u>
B. DISTIMIA	Actual (2 últimos años)	
C. RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	
D. EPISODIO (HIPO-)MANIACO	Actual + vida entera	
E. TRASTORNO POR ANGUSTIA	Actual (último mes) + vida entera	
F. AGORAFOBIA	Actual	
G. FOBIA SOCIAL	Actual (último mes)	
H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Actual (último mes)	
I. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	Actual (último mes)	<u>Opcional</u>
J. ALCOHOL (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
K. DROGAS (DEPENDENCIA /ABUSO)	Actual (12 últimos meses)	
L. TRASTORNOS PSICÓTICOS	Actual + vida entera	
M. ANOREXIA NERVIOSA	Actual (3 últimos meses)	
N. BULIMIA	Actual (3 últimos meses)	
O. ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (6 últimos meses)	
P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD	Vida entera	<u>Opcional</u>

INSTRUCCIONES GENERALES

La M.I.N.I. (DSM-IV) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración (promedio de 18,7 min. \pm 11,6 min.; media de 15 minutos), que explora de manera estructurada los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). La M.I.N.I. puede ser utilizada por clínicos después de una corta formación. Los entrevistadores no clínicos, deben recibir una formación más intensiva.

- **Entrevista :**

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de sí o no.

- **Presentación :**

La M.I.N.I. esta dividida en **módulos** identificados por letras. Cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del modulo «Trastornos psicóticos»), se presentan en un recuadro gris, una o varias **pregunta(s) / filtro(s)** correspondientes a los criterios principales del trastorno.
- Al final de cada modulo, una o varias casillas **diagnósticas**, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

- **Acuerdos :**

Las frases escritas en «letras minúsculas» deben leerse al paciente "palabra por palabra" con el fin de estructurar la exploración de cada uno de los criterios diagnósticos.

Las frases escritas en «MAYUSCULAS» no deben de leerse al paciente. Son las instrucciones a las que el clínico debe referirse para integrar a lo largo de la entrevista todos los algoritmos diagnósticos.

Las frases escritas en «negrita» indican el periodo de tiempo que se explora. Se invita al clínico a que las lea tantas veces como sea necesario en el transcurso de la exploración sintomática y a no tener en cuenta más que los síntomas que hayan estado presentes en este periodo.

Las frases escritas entre (paréntesis) son ejemplos clínicos que describen los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Cuando los terminos estan separados por una *barra (/)*, se invita al clínico a considerar el criterio que corresponda al síntoma presentado por el paciente y que ya ha sido explorado anteriormente (por ej. pregunta A3).

Las respuestas con una flecha (→) encima, indican, que no se reúne uno de los criterios necesarios para establecer el diagnostico explorado. En este caso el clínico debe pasar directamente al final del módulo, enmarcar «NO» en la casilla diagnóstica correspondiente y pasar al modulo siguiente.

- **Instrucciones para la anotación :**

Todas las preguntas efectuadas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de cada una de las preguntas, enmarcando SI o NO en función de la respuesta del paciente.

El clínico debe asegurarse de que cada uno de los terminos formulados en la pregunta ha sido tenido en cuenta por el sujeto en su respuesta (en particular: los criterios de duración, frecuencia y las alternativas y / o).

Los síntomas imputables a una enfermedad física o al consumo de medicamentos, drogas o alcohol, no deben codificarse SI. La M.I.N.I. Plus que es una versión más detallada, explora estos diferentes aspectos.

Si usted tiene preguntas o sugerencias, si desea ser informado de la utilización de la M.I.N.I. o si quiere estar informado de las actualizaciones, puede contactar con:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, Boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788
USA

phone: +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

Laura FERRANDO
Instituto de Investigación y
Asistencia Psiquiátrica –IAP
Velázquez 156,
28.002 MADRID
ESPAÑA

Tel: + 91 5644718
Fax: + 91 4115432
e-mail: iap@teleline.es

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A1	En el transcurso de las dos últimas semanas, se ha sentido particularmente triste, decaído(a), la mayor parte del tiempo, a lo largo del día y esto , casi todos los días?	NO	SI	1
A2	En el transcurso de las dos últimas semanas, ha tenido, casi todo el tiempo, el sentimiento de no tener ganas de nada, de haber perdido el interés o el placer por las cosas que habitualmente le agradaban?	NO	SI	2
	¿ A1 <u>Q</u> A2 SE HAN CODIFICADO SI ?	→	NO	SI

A3 En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:

- a ¿Se ha modificado su apetito notablemente, o ha ganado o perdido peso, sin tener esa intención (variaciones en el último mes de +/- 5 % del peso corporal ó +/- 3'5 Kgr ó +/- 8 libras para una persona de 65 Kgr/120 libras)?
CODIFICAR **SI**, SI UNA U OTRA SON AFIRMATIVAS
- b ¿Casi todas las noches, ha tenido problemas de sueño, (dificultades para quedarse dormido, despertares nocturnos o precoces, sueño excesivo)?
- c ¿Casi todos los días, ha hablado o se ha movido más lentamente de lo habitual, o por el contrario, se ha sentido agitado(a) y ha tenido dificultades para permanecer quieto?
- d ¿ Casi todos los días, se ha sentido fatigado(a), sin energía?
- e ¿ Casi todos los días, se ha sentido sin valor o culpable?
- f ¿Casi todos los días, ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?
- g ¿Ha tenido en varias ocasiones ideas negras como pensar que sería mejor estar muerto(a) o en hacerse daño?

A4 ¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS **SI** EN **A3** ?
(o **4** si **A1** Q **A2** SE HAN CODIFICADO **NO**)

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL:

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

A5a ¿En el transcurso de su vida, ha tenido otros periodos, de dos o más semanas en los que se haya sentido decaído(a) o sin interés por la mayor parte de cosas y en los que haya tenido los problemas de los que estamos hablando?

→
NO SI 10

b ¿Entre el episodio actual y su último episodio depresivo, ha tenido un intervalo sin depresión de al menos dos meses?

NO SI 11

¿ **A5b** SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PASADO	

→ IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

A'. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON RASGOS MELANCÓLICOS (opcional)

SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A4 = SI), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A6 a	¿A2 SE HA CODIFICADO SI?	NO	SI	12
b	¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, ha perdido la capacidad de respuesta ante las cosas que previamente le agradaban o le animaban? Si NO : ¿Cuándo ha sucedido algo agradable, le ha hecho sentirse mejor aunque solo fuera temporalmente?	NO	SI	13
	¿A6a <u>Q</u> A6b SE HAN CODIFICADO SI?	→ NO	SI	

En el transcurso de las dos últimas semanas, cuando se ha sentido decaído y/o sin interés por la mayor parte de cosas:

A7 a	¿Se ha sentido deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted ha fallecido?	NO	SI	14
b	¿Generalmente y casi todos los días, se ha sentido peor por la mañana?	NO	SI	15
c	¿Casi todos los días, se ha despertado, al menos 2 horas antes de su hora habitual, y ha tenido dificultades para volver a dormirse?	NO	SI	16
d	¿A3c SE HA CODIFICADO SI ?	NO	SI	17
e	¿A3a SE HA CODIFICADO SI ?	NO	SI	18
f	¿Se ha sentido culpable en exceso o de forma desproporcionada con la situación real?	NO	SI	19

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN A7 ?

NO	SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR con Rasgos Melancólicos ACTUAL	

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

B. DISTIMIA

NO EXPLORAR ESTE MODULO SI EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL

B1	¿Durante los dos últimos años, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del tiempo?	→ NO	SI	20				
B2	¿Durante este periodo, ha llegado a sentirse bien durante dos meses seguidos o más?	NO	→ SI	21				
B3	Durante este periodo en el que se ha sentido deprimido la mayor parte del tiempo:							
a	¿Ha cambiado su apetito significativamente?	NO	SI	22				
b	¿Ha tenido dificultades para dormir o sueño excesivo?	NO	SI	23				
c	¿Se ha sentido fatigado o sin energía?	NO	SI	24				
d	¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	NO	SI	25				
e	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	26				
f	¿Se ha sentido desesperanzado?	NO	SI	27				
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN B3 ?	→ NO	SI					
B4	¿Estos síntomas depresivos le causaron malestar significativo o dificultaron su capacidad laboral, social, o en alguna otra área importante?	→ NO	SI	28				
	¿B4 SE HA CODIFICADO SI ?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>DISTIMIA ACTUAL</i></td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	<i>DISTIMIA ACTUAL</i>	
NO	SI							
<i>DISTIMIA ACTUAL</i>								

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

C1	¿Ha pensado que sería mejor morir o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	3
C4	¿Ha planeado suicidarse?	NO	SI	4
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	5

A lo largo de su vida:

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	6
----	--------------------------------------	----	----	---

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI?

SI **SI**, ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO COMO SIGUE:

C1 o C2 o C6 = SI : LIGERO
C3 o (C2 + C6) = SI : MODERADO
C4 o C5 o (C3 + C6) = SI : ALTO

NO	SI
RIESGO DE SUICIDIO ACTUAL	
LIGERO	
MODERADO	
ALTO	

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

D. EPISODIO (HIPO-) MANIACO

D1 a	¿Ha tenido alguna vez, un periodo de tiempo en el que se sintiera con el ánimo tan exaltado o eufórico, o tan lleno de energía, o tan seguro de usted mismo que le supusiera problemas, o bien, en el que otras personas pensarán que no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)	NO	SI	1
	SI EL PACIENTE NO ENTIENDE BIEN LA PREGUNTA ACLARARLA: "Es decir, tenía el humor elevado, mayor energía, menos necesidad de dormir, pensamientos rápidos, estaba lleno de ideas, aumentó su productividad, su creatividad, su motivación o su comportamiento impulsivo"			
	SI SI			
b	¿Se siente, en este momento, exaltado(a) o lleno(a) de energía	NO	SI	2
D2 a	¿Ha tenido alguna vez, irritabilidad persistente durante varios días, de tal forma que tenía discusiones, peleas, o discutía con personas ajenas a su familia? ¿Habían notado, usted o los demás, que estaba más irritable o que reaccionaba exageradamente, en comparación con otros, en situaciones que usted creía justificadas? (No considere periodos en los que estuviese intoxicado por drogas o por alcohol)	NO	SI	3
	SI SI			
b	¿Actualmente, se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
	¿D1a <u>O</u> D2a SE HAN CODIFICADO SI?	NO	SI	

D3 SI **D1B** O **D2B** = SI : EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
SI **D1B** Y **D2B** = NO: EXPLORAR EL EPISODIO MÁS GRAVE

Cuando se sentía exaltado(a), lleno de energía / irritable :

a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer?	NO	SI	5
b	¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6
c	¿Hablaba demasiado, sin parar o tan rápido que los demás tenían dificultades para comprenderle?	NO	SI	7
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que no podía seguirlos bien?	NO	SI	8
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que pensaba o hacía?	NO	SI	9
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás estaban preocupados por usted?	NO	SI	10

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

- g
- ¿Deseaba tanto involucrarse en actividades placenteras que olvidaba sus riesgos y consecuencias (ej. gastos innecesarios, conducción arriesgada o actividades sexuales no habituales?) NO SI 11
- ¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN D3 O 4 SI D1a = NO (ÉPISODIO PASADO) O D1b = NO (EPISODIO ACTUAL) ? → NO SI
- D4 ¿Estos síntomas duraron al menos una semana y le causaron problemas que no pudo controlar, en casa, el trabajo, los estudios, o en sus relaciones con los demás, o tuvo que ser hospitalizado(a) a causa de estos problemas? NO SI 12
- CODIFICAR SI, SI LA RESPUESTA ES SI EN UNA U OTRA

¿D4 HA CODIFICADO NO?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO	SI
EPISODIO HIPOMANIACO	
ACTUAL	—
PASADO	—

¿D4 HA CODIFICADO SI ?

SI SI, ESPECIFICAR SI EL EPISODIO EXPLORADO ES ACTUAL O PASADO

NO	SI
EPISODIO MANIACO	
ACTUAL	—
PASADO	—

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MÓDULO SIGUIENTE

E. TRASTORNO POR ANGUSTIA

E1	¿Ha tenido en más de una ocasión crisis o ataques, en los que súbitamente , se haya sentido ansioso(a), asustado(a), incómodo(a) o inquieto(a) en situaciones en las que la mayor parte de gente no se sentiría así? ¿Estas crisis alcanzaron su máximo nivel dentro de los primeros 10 minutos?	→ NO	SI	1
CODIFICAR SI, SÓLO SI SE ALCANZÓ EL PAROXISMO ANTES DE 10 MINUTOS				
SI E1 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1				
E2	¿Alguna vez, estas crisis aparecieron inesperadamente o sucedieron de manera impredecible o espontánea o sin ser provocadas?	NO	SI	2
SI E2 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1				
E3	¿Ha tenido alguna vez, una de estas crisis seguidas de un mes o más tiempo en que sentía miedo persistente a tener otra crisis, o estaba preocupado(a) por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	3
SI E3 = NO, ENMARCAR NO EN E5, Y PASAR DIRECTAMENTE A F1				
E4	Durante la peor crisis que puede recordar:			
a	¿Su corazón latía muy fuerte o más rápido?	NO	SI	4
b	¿Tenía las manos sudorosas, o frías y húmedas?	NO	SI	5
c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	6
d	¿Tenía dificultades para respirar o la impresión de asfixiarse?	NO	SI	7
e	¿Tenía la impresión de ahogarse o de tener un nudo en la garganta?	NO	SI	8
f	¿Notaba dolor, presión o una molestia en el pecho?	NO	SI	9
g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarrea repentina?	NO	SI	10
h	¿Se sentía aturdido(a), inestable, mareado(a) o a punto de desvanecerse?	NO	SI	11
i	¿Sentía las cosas que le rodeaban extrañas, irreales, desconocidas o lejanas, o se sentía fuera o alejado, de parte o de todo su cuerpo?	NO	SI	12
j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	13
k	¿Tenía miedo de morir?	NO	SI	14
l	¿Tenía estremecimientos o entumecimientos?	NO	SI	15
m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SI	16
E5	¿HAY AL MENOS 4 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?	NO	SI	
SI E5 = NO, PASAR A E7				
E6	¿En el transcurso de este mes ha tenido estas crisis en varias ocasiones (al menos 2 veces) seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	17
SI E6 = SI, PASAR A F1				
E7	¿HAY 1, 2 O 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN E4 ?	NO	SI	18
<i>Ataques Paucisintomáticos Vida ent</i>				

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MÓDULO SIGUIENTE

F. AGORAFOBIA

F1	¿Se siente ansioso o particularmente incómodo en lugares o en situaciones de las que es difícil escapar, o donde no es posible obtener ayuda en caso de sentirse mal, como estar entre una multitud, o solo y lejos de casa o solo en casa, o cruzando un puente, o viajando en autobús, tren, coche, etc.?	NO	SI	19
----	---	----	----	----

Si F1 = NO, ENMARCAR NO EN F2

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita compañía para afrontarlas?	NO	SI	20
----	---	----	----	----

Agorafobia Actual

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI?

NO	SI
TRASTORNO POR ANGUSTIA sin Agorafobia ACTUAL	

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI?

NO	SI
TRASTORNO POR ANGUSTIA con Agorafobia ACTUAL	

¿F2 (AGORAFOBIA ACTUAL) HA CODIFICADO SI
y
E6 (TRASTORNO POR ANGUSTIA ACTUAL) HA CODIFICADO NO?

NO	SI
AGORAFOBIA sin antecedentes de Trastorno por Angustia ACTUAL	

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

G. FOBIA SOCIAL

G1	¿Durante el último mes, ha estado temeroso o incómodo por ser el foco de atención o ha temido ser humillado? Esto incluye situaciones como hablar en público, comer con otros o en público, escribir mientras alguien mira o estar en situaciones sociales	→ NO	SI	1
G2	¿Es este miedo excesivo o irrazonable?	→ NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre en ellas?	→ NO	SI	3
G4	¿Este miedo dificulta su trabajo normal, sus funciones sociales o le produce un malestar significativo?	NO	SI	4

¿G4 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
FOBIA SOCIAL ACTUAL	

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

H. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

H1	¿Durante el último mes, le han molestado pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes indeseados, desagradables, inadecuados, intrusivos o molestos? (ej: la idea de que estaba sucio, contaminado o tenía gérmenes, o el temor de contaminar a otros, o el miedo de hacer daño a alguien sin querer, o el temor de actuar en función de algún impulso, o miedos o supersticiones de ser responsable de cosas erróneas, u obsesiones con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, u obsesiones de atesorar, coleccionar o religiosas)	NO	SI	1				
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NI OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION, LA CONDUCTA SEXUAL, EL JUEGO PATOLOGICO O EL ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS, YA QUE EL PACIENTE PUEDE OBTENER PLACER DE ESTAS ACTIVIDADES Y PUEDE QUERER EVITARLAS SÓLO POR SUS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)								
SI H1 = NO, PASAR H4								
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aunque trataba de ignorarlos o librarse de ellos?	NO	SI	2				
SI H2 = NO, PASAR A H4								
H3	¿Piensa que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no son impuestos desde el exterior?	NO	SI	3				
H4	¿Durante el último mes, ha hecho algo repetidamente, sin poder evitarlo, como lavar o limpiar en exceso; contar o verificar cosas una y otra vez; repetir, almacenar u ordenar cosas u otros rituales supersticiosos	NO	SI	4				
¿H3 O H4 HAN CODIFICADO SI ?		→ NO	SI					
H5	¿Piensa que estas ideas obsesivas y/o las conductas repetitivas son irrazonables, absurdas o desproporcionadas?	→ NO	SI	5				
H6	¿Estas obsesiones o compulsiones interfieren en su rutina normal, sus actividades cotidianas, sus actividades sociales, o en sus relaciones o le ocupaban más de una hora diaria?	NO	SI	6				
¿H6 HA CODIFICADO SI ?		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO ACTUAL	
NO	SI							
TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO ACTUAL								

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

I. TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO (opcional)

11	¿En alguna ocasión se ha enfrentado o ha experimentado un acontecimiento extremadamente traumático, en el curso del cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física EJ. DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTE GRAVE, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO, INCENDIO, DESCUBRIMIENTO DE UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA EN EL ENTORNO, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL.	→ NO	SI	1
12	¿Durante el último mes, ha revivido de manera penosa este acontecimiento (ej: sueños, recuerdos intensos, visiones o reacciones físicas)?	→ NO	SI	2

13 Durante el último mes:

a	¿Ha evitado pensar en este acontecimiento o en las cosas que se lo pudiesen recordar?	NO	SI	3
b	¿Se siente mal al recordar alguna parte importante de lo que sucedió?	NO	SI	4
c	¿Ha disminuido su interés en cosas que le agradaban o en actividades sociales?	NO	SI	5
d	¿Se siente alejado o extraño con respecto a los demás?	NO	SI	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos se han bloqueado?	NO	SI	7
f	¿Ha sentido como si su vida se hubiese empobrecido, debido a este trauma?	NO	SI	8
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN 13 ?	→ NO	SI	

14 Durante el último mes:

a	¿Ha tenido dificultades para dormir?	NO	SI	9
b	¿Ha estado especialmente irritable o ha tenido crisis de enfado?	NO	SI	10
c	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	NO	SI	11
d	¿Ha estado nervioso o en alerta constante?	NO	SI	12
e	¿Se sobresaltaba por cualquier cosa?	NO	SI	13
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN 14 ?	→ NO	SI	

15	¿Durante el último mes, estos problemas han interferido en su trabajo o sus actividades sociales o le han causado un profundo malestar?	NO	SI	14
----	---	----	----	----

¿15 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
TRASTORNO POR ESTRES POST-TRAUMÁTICO ACTUAL	

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

J. DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL

J1	¿Durante los últimos 12 meses ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en menos de 3 horas en 3 o más ocasiones?	→ NO	SI	1				
J2 Durante los últimos 12 meses:								
a	¿Ha necesitado beber más cantidad de alcohol para lograr los mismos efectos que cuando comenzó a beber?	NO	SI	2				
b	¿Cuando ha reducido la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado? ¿Ha bebido para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, p. ej. temblores, sudor, agitación? CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA	NO	SI	3				
c	¿Cuando ha bebido alcohol, ha terminado bebiendo más de lo que en un principio se había planteado?	NO	SI	4				
d	¿Ha intentado reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI	5				
e	¿Los días en los que ha bebido, ha empleado mucho tiempo en obtener alcohol, bebiendo o recuperándose de sus efectos?	NO	SI	6				
f	¿Debido a la bebida, ha empleado menos tiempo, trabajando, disfrutando de sus distracciones, en estar con los demás?	NO	SI	7				
g	¿Ha seguido bebiendo a pesar de saber que la bebida le causa problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8				
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN J2 ?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDENCIA ALCOHOLICA ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SI	DEPENDENCIA ALCOHOLICA ACTUAL	
NO	SI							
DEPENDENCIA ALCOHOLICA ACTUAL								
	¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA ALCOHOLICA?	→ NO	SI					
J3 Durante los últimos 12 meses:								
a	¿Ha estado intoxicado, embriagado o con “resaca”, en más de una ocasión cuando tenía otras responsabilidades, estudios, trabajo, casa? ¿Esto le ha ocasionado algún problema? CODIFICAR SI SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS	NO	SI	9				

→: IR DIRECTAMENTE A LA (S) CASILLA(S) DIAGNOSTICA(S), ENMARCAR NO EN CADA UNA Y PASAR AL MODULO SIGUIENTE

- b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico, ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.?
NO SI 10
- c ¿Ha tenido algún problema legal por haber bebido? (ej. arrestos o conductas delictivas)
NO SI 11
- d ¿Ha seguido bebiendo aunque esto le haya ocasionado problemas con la familia o en su entorno?
NO SI 12

¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN J3 ?

NO	SI
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

LISTA DE SUSTANCIAS

ANFETAMINA	GASOLINA	MORFINA
CANNABIS	ETHER	NIEVE
CAPTAGON	HOJA DE COCA	OPIO
CATOVIT	HACHIS	PALFIUM
COCAINA	HEROÍNA	RITALINA
CODEINA	L.S.D.	SHIT
PEGAMENTO	MARIHUANA	TEMGESIC
CRACK	MESCALINA	TOLUENO
EXTASIS	METADONA	TRICLOROTILENO

M.I.N.I.

K. TRASTORNOS LIGADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NO ALCOHOLICAS)

K1	Ahora voy a enseñarle/ leerle (ENSEÑAR LA LISTA DE SUSTANCIAS/ LEER LA SIGUIENTE LISTA), una lista de drogas y de medicamentos y usted me indicará si en el transcurso de los últimos 12 meses ha tomado en más de una ocasión alguno de estos productos con el propósito de sentirse mejor o cambiar de humor.	→	NO	SI
----	---	---	----	----

ENMARCAR CADA PRODUCTO CONSUMIDO:

- Estimulantes : anfetaminas, «speed», Ritalín, píldoras adelgazantes.
Cocaína : cocaína, «coke», crack, «speedball».
Opiáceos : heroína, morfina, opio, metadona, codeína, meperidina, fentanil.
Alucinógenos : L.S.D., «ácido», mescalina, PCP, «polvo de ángel», «hongos», éxtasis.
Inhalantes : «cemento», pegamento, éther.
Cannabinoides : hachis, «hasch», THC, cannabis, «hierba», «shit», mota, grifa, pasto, etc.
Tranquilizantes : Valium, Trankimazín, Halción, Lexatín, Orfidal, barbitúricos, Rohypnol (“reina”).
Varios: Anabolizantes, Esteroides. ¿Toma otras sustancias?

ESPECIFICAR LA (O LAS) SUBSTANCIA(S) MÁS CONSUMIDA(S): _____

ESPECIFICAR LO QUE SE EXPLORA A CONTINUACIÓN:

- SI CONSUME VARIAS SUBSTANCIAS (AL MISMO TIEMPO O SECUENCIALMENTE): CADA SUBSTANCIA O CLASE DE SUBSTANCIAS POR SEPARADO, ÚNICAMENTE LA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS) MÁS CONSUMIDA. —
- SI SOLO CONSUME UNA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS), ÚNICAMENTE UNA SUBSTANCIA (O CLASE DE SUBSTANCIAS) —

K2	Considerando su consumo de [NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS], en el transcurso de los 12 últimos meses:			
a	¿Ha constatado que necesitaba tomar más cantidad de (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a tomarla?	NO	SI	1
b	¿Cuando reducía o dejaba de tomar drogas tenía síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, desfallecimiento, diarrea, náuseas, sudoración, palpitaciones, dificultades para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? ¿Utilizaba otras cosas para evitar encontrarse mal (SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA), o para sentirse mejor? CODIFICAR SI, SI ALGUNA ES AFIRMATIVA	NO	SI	2
c	¿Ha comprobado que cuando consumía, (NOMBRE DE LA SUBSTANCIA O LA CLASE DE SUBSTANCIAS SELECCIONADAS) terminaba tomando más cantidad de lo que era su intención?	NO	SI	3

- | | | | | |
|---|---|----|----|---|
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de consumir (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) pero no lo ha conseguido? | NO | SI | 4 |
| e | ¿Los días que ha consumido (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) ha empleado mucho tiempo (> de 2 horas) en obtener, tomar esta sustancia, recuperarse de sus efectos, o pensando en ella(s)? | NO | SI | 5 |
| f | ¿Ha tenido menos tiempo para trabajar, disfrutar de sus distracciones, o estar con su familia o amigos por consumir droga? | NO | SI | 6 |
| g | ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) a pesar de saber que esto le causa problemas de salud o mentales? | NO | SI | 7 |

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN K2 ?

ESPECIFICAR LA (S) SUSTANCIA(S) :

NO	SI
<i>DEPENDENCIA de SUSTANCIA(S) ACTUAL</i>	

¿PRESENTA EL PACIENTE DEPENDENCIA A SUSTANCIA(S) ?

	→
NO	SI

K3 En el transcurso de los 12 últimos meses:

- | | | | | |
|---|--|----|----|----|
| a | ¿Ha estado intoxicado, embriagado, con resaca, a causa de (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades académicas, laborales o en su casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?
CODIFICAR SI , SI ALGUNA ES AFIRMATIVA | NO | SI | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado por (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS), en alguna situación en la que tuviese un riesgo físico (ej: conduciendo un coche, navegando, utilizando maquinaria, etc.)? | NO | SI | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal por consumir (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS), ej. arrestos o conductas delictivas? | NO | SI | 10 |
| d | ¿Ha seguido consumiendo (NOMBRE DE LA SUSTANCIA O LA CLASE DE SUSTANCIAS SELECCIONADAS) aunque esto le ocasionara problemas con su familia o con otras personas? | NO | SI | 11 |

¿HAY AL MENOS 1 SI EN K3 ?

ESPECIFICAR LA (LAS) SUSTANCIA(S) :

NO	SI
<i>ABUSO DE SUSTANCIA(S) ACTUAL</i>	

L. TRASTORNOS PSICÓTICOS

PEDIR UN EJEMPLO EN CADA PREGUNTA RESPONDIDA AFIRMATIVAMENTE SÓLO ANOTAR **SI**, SI LOS EJEMPLOS MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGAR SI LOS DELIRIOS SE CALIFICAN COMO “EXTRAÑOS”

LOS DELIRIOS SON “EXTRAÑOS” SI SON: CLARAMENTE IMPOSIBLES, ABSURDOS, INVEROSÍMILES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA HABITUAL.

LAS ALUCINACIONES SE ANOTAN COMO “EXTRAÑAS” SI: UNA VOZ COMENTA SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA O CUANDO DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE ELLAS

				EXTRAÑA	
Ahora voy a preguntarle acerca de experiencias inhabituales o extrañas que pueden sucederles a algunas personas:					
L1 a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que la gente le espiaba, o que alguien conspiraba contra usted, o trataba de hacerle daño?	NO	SI	SI	1
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO	SI	SI → L6a	2
L2 a	¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien estaba leyendo su mente o podía escuchar sus pensamientos o de que usted podía leer o escuchar lo que otras personas están pensando?	NO		SI	3
b	SI SI : ¿Actualmente, tiene esta impresión?	NO		SI → L6a	4
L3 a	¿Alguna vez, ha creído que alguien o alguna fuerza ajena a usted ponía en su mente, pensamientos que no eran suyos, o le hacían actuar de una manera que no era habitual en usted? ¿Ha tenido alguna vez la impresión de estar poseído?	NO		SI	5
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO		SI → L6a	6
L4 a	¿Alguna vez, ha creído que le enviaban mensajes especiales a través de la televisión, la radio o los periódicos, o que una persona que no conocía personalmente estaba interesada particularmente en usted?	NO	SI	SI	7
b	SI SI : ¿Actualmente, cree estas cosas?	NO	SI	SI → L6a	8
L5 a	¿Alguna vez, allegados o amigos suyos, han considerado alguna de sus ideas extrañas o inhabituales?	NO	SI	SI	9
IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, EJ : GRANDIOSIDAD, RUINA, CULPA,					
b	SI SI : ¿Actualmente, consideran extrañas sus ideas?	NO	SI	SI	10
L6 a	¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como por ejemplo, voces?	NO	SI	SI	11
LAS ALUCINACIONES SE CODIFICAN COMO EXTRAÑAS SÓLO SI EL PACIENTE RESPONDE SI A LO SIGUIENTE:					
¿Oía voces comentando sus pensamientos o su conducta, u oía voces hablando entre ellas?					
b	SI SI : ¿Le ha sucedido esto durante el último mes?	NO	SI	SI → L8b	12

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?
CODIFICAR **SI** ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

NO SI 13

b Si **SI** : ¿Ha visto estas cosas durante el último mes?

NO SI 14

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR :

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD INCOHERENCIAS, DISCURSO DESORGANIZADO O UNA MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?

NO SI 15

L9 b PRESENTA EL PACIENTE EN LA ACTUALIDAD CONDUCTA DESORGANIZADA O CATATÓNICA?

NO SI 16

L10b ¿ HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA: POBREZA DE LENGUAJE (ALOGIA), APLANAMIENTO AFECTIVO O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN UNA ACTIVIDAD CON UNA FINALIDAD DETERMINADA, EVIDENTES DURANTE LA ENTREVISTA?

NO SI 17

L11 ¿DE L1 A L10, HAY AL MENOS

- o UNA PREGUNTA «b» CODIFICADA **SI** EXTRAÑO
- o DOS PREGUNTAS «b» CODIFICADAS **SI** (NO EXTRAÑO) ?

NO	SI
SINDROME PSICÓTICO ACTUAL	

L12 DE L1 A L7, HAY AL MENOS

- o UNA PREGUNTA «a» CODIFICADA **SI** EXTRAÑO
- o DOS PREGUNTAS «a» CODIFICADAS **SI** (NO EXTRAÑO) ? (VERIFICAR QUE LOS 2 SINTOMAS HAN APARECIDO AL MISMO TIEMPO)
- o L11 SE HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
SINDROME PSICÓTICO VIDA ENTERA	

L13a Si **L11** SE HA CODIFICADO **SI** O SI HAY AL MENOS UN **SI** DE L1 A L7:

- o EL PACIENTE PRESENTA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL O PASADO)
- o UN EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO) ?

→
NO SI

b Si **L13a** CODIFICA **SI** :
Anteriormente, me ha dicho que había tenido un periodo(s) en que se había sentido deprimido(a) / exaltado(a) / particularmente irritable. Las ideas o impresiones de las que estamos hablando (CITAR LOS SINTOMAS CODIFICADOS SI DE L1 A L7) han aparecido únicamente durante estos periodos en los que estaba deprimido(a)/ exaltado(a)/ irritable?

NO SI 18

¿L13b HA CODIFICADO **SI** ?

NO	SI
TRASTORNO DEL HUMOR CON RASGOS PSICÓTICOS ACTUAL	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

M. ANOREXIA NERVIOSA

M1 a ¿Cuanto mide usted? cm

b ¿Durante los 3 últimos meses, cuál ha sido su peso mínimo? kg

c ¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MINIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA?
VER TABLA DE CORRESPONDENCIAS AL FINAL DE LA PÁGINA

→

NO SI 1

Durante los últimos 3 meses:

M2 ¿A pesar de su bajo peso, ha evitado engordar? → NO SI 2

M3 ¿Ha tenido miedo de ganar peso o de llegar a estar más gordo(a)? → NO SI 3

M4 a ¿Se ha considerado gordo o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda? NO SI 4

b ¿Influye mucho su peso o su figura en la opinión o la estima que usted tiene de si mismo? NO SI 5

c ¿Ha pensado que su bajo peso actual era normal o excesivo? NO SI 6

M5 ¿HAY AL MENOS 1 RESPUESTA CODIFICADA SI EN M4 ? → NO SI

M6 SÓLO PARA LAS MUJERES: ¿Durante los últimos tres meses, ha perdido todos sus periodos menstruales, aunque debiera de haberlos tenido (no estaba embarazada)? → NO SI 7

PARA LAS MUJERES : M5 Y M6 HAN CODIFICADO SI ?
PARA LOS HOMBRES : M5 HA CODIFICADO SI ?

NO	SI
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA DE CORRESPONDENCIAS TALLA – UMBRAL DE PESO MINIMO (SIN CALZADO , SIN ROPA)

TALLA (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Mujeres	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hombres	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

(REDUCCION DE UN 15% EN RELACIÓN CON EL PESO NORMAL)

➔: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

N. BULIMIA

N1	¿Durante los 3 últimos meses, ha tenido crisis durante las que ha comido grandes cantidades de alimentos, en menos de 2 horas?	➔ NO	SI	
N2	¿Durante los 3 últimos meses, se ha dado al menos 2 atracones por semana?	➔ NO	SI	9
N3	¿Durante estas crisis ha sentido que su apetito estaba fuera de control?	➔ NO	SI	10
N4	¿Ha hecho cualquier cosa para compensar o evitar ganar peso por estos atracones, como vomitar, ayunar, hacer ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos, píldoras adelgazantes u otras medicaciones?	➔ NO	SI	11
N5	¿La opinión que tiene de sí mismo, está muy influida por su peso o sus formas corporales?	➔ NO	SI	12
N6	¿PRESENTA EL PACIENTE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SI	13
	SI N6 = NO, PASAR A N8			
N7	¿Estos atracones aparecen siempre que está por debajo de ____ kg* ? * CONSIDERAR EL UMBRAL DE PESO MÍNIMO DEL PACIENTE EN LA TABLA DEL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA EN FUNCION DE SU TALLA	NO	SI	14

N8 N5 HA CODIFICADO SI Y N7 HA CODIFICADO NO (O NO CODIFICADA)?

NO SI

**BULIMIA
ACTUAL**

N7 HA CODIFICADO SI ?

NO SI

**ANOREXIA MENTAL
Compulsiva / Purgativa
ACTUAL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

O. ANSIEDAD GENERALIZADA

O1 a	¿Durante los 6 últimos meses, ha estado excesivamente preocupado o ansioso por varias cosas de la vida cotidiana, en el trabajo, en casa, en su círculo más próximo?	→ NO	SI	1				
	NO CODIFICAR SI SI LA ANSIEDAD SE DEBE A UN TIPO DE ANSIEDAD YA EXPLORADA ANTERIORMENTE, COMO MIEDO A TENER UNA CRISIS DE ANGUSTIA (TRASTORNO POR ANGUSTIA), DE PONERSE EN EVIDENCIA EN PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE CONTAMINARSE (TOC), DE AUMENTAR DE PESO (ANOREXIA NERVIOSA) ETC.	→ NO	SI	2				
b	¿Estas preocupaciones están presentes la mayoría de los días?							
O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o le interfieren para concentrarse en lo que debe de hacer?	→ NO	SI	3				
	DE O3a A O3f, CODIFICAR NO SI LOS SÍNTOMAS SÓLO APARECEN EN EL MARCO DE TRASTORNOS EXPLORADOS PRECEDENTEMENTE							
O3	Durante estos 6 últimos meses en los que ha estado ansioso casi cada día:							
a	¿Se ha sentido inquieto, desasosegado o nervioso?	NO	SI	4				
b	¿Se ha sentido tenso?	NO	SI	5				
c	¿Se ha sentido cansado, débil o se ha agotado fácilmente?	NO	SI	6				
d	¿Ha tenido dificultades para concentrarse o su mente se ha quedado en blanco?	NO	SI	7				
e	¿Se ha sentido irritable?	NO	SI	8				
f	¿Ha tenido dificultades con el sueño (dificultad para dormirse, se ha despertado a media noche o demasiado temprano, ha dormido en exceso)?	NO	SI	9				
	¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN O3?	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SI	ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	
NO	SI							
ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL								

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

P. TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL (OPCIONAL)

P1 ¿Antes de los 15 años:

a	¿Con frecuencia faltaba al colegio o se escapaba de casa por las noches?	NO	SI	1
b	¿Con frecuencia mentía, engañaba a otros o robaba	NO	SI	2
c	¿Provocaba peleas o riñas, amenazando o intimidando a otros?	NO	SI	3
d	¿Destruía deliberadamente cosas o provocaba incendios?	NO	SI	4
e	¿Hería deliberadamente a animales o a personas?	NO	SI	5
f	¿Forzó sexualmente a alguien?	NO	SI	6
	¿HAY AL MENOS 2 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN P1?	NO	SI	

P2 NO CODIFICAR SI LAS RESPUESTAS SIGUIENTES, SI LOS COMPORTAMIENTOS ESTAN SOLO PRESENTES EN CONTEXTOS POLITICOS O RELIGIOSOS

Después de los 15 años:

a	¿Se ha conducido repetidamente y de forma deliberada de una manera que otros consideraban irresponsable, como dejar de pagar sus deudas, ser impulsivo o no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que eran ilegales aunque no fuese descubierto (ej: destruir propiedades, hurtar, robar, vender droga o cometer delitos)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo peleas físicas con su pareja o hijos)?	NO	SI	9
d	¿Ha mentido o engañado a otras personas para obtener dinero o placer o simplemente para divertirse?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a un peligro sin importarle las consecuencias?	NO	SI	11
f	¿Se ha sentido sin culpa por hurtar, maltratar, mentir o robar a otros, o después de dañar propiedades?	NO	SI	12

¿HAY AL MENOS 3 RESPUESTAS CODIFICADAS SI EN P2?

NO SI

**TRASTORNO DE LA
PERSONALIDAD
ANTISOCIAL
VIDA ENTERA**

REFERENCIAS

- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998 ; **59** [suppl 20] : 22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.
- Las versiones originales francesas e inglesas del M.I.N.I. / DSM-IV se han traducido y pueden ser solicitadas a los autores (ver página 3). Una version CIE-10 del M.I.N.I. esta tambien disponible en francés, inglés, danés y español.

Traducciones	M.I.N.I. 4.4 y versiones anteriores	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		R. Emsley
Allemand	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brésilien	P. Amorim	P. Amorim
Bulgare		L.G. Hranov
Catalan		En préparation
Chinois		L. Caroll
Croate		En préparation
Danois	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Español	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco, J. Gibert
Farsi/Perse		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen
Gallois		En préparation
Grecque	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italien	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonais		H. Watanabe
Lituanien	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Néerlandais/ Flamand	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugais	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres
Punjabi		S. Gambir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Serbe	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène	M. Kocmur	M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Tchèque	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		S. Gambir

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. a été rendu possible grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE. 6 DE abril DE 2009

M.I.N.I. 5.0.0 versión en español/ DSM-IV / actual : (enero 1998)

ANEXO IV: VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y BIOGRÁFICAS

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

SEXO:

Mujer

Hombre

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa): ___ / ___ / _____ **EDAD** ____

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

ESTADO CIVIL:

Casado/a o emparejado/a

Soltero/a

Separado/a Divorciado/a

Viudo/a

CONVIVENCIA:

Domicilio propio solo/a

Domicilio propio con la pareja

Domicilio propio con pareja y/o hijos

Domicilio de familiares

Domicilio de vecinos o amigos

Residencia

Otros (especificar):

NIVEL DE ESTUDIOS:

No sabe leer ni escribir

No cursado estudios pero sabe leer y escribir

Graduado escolar

- Estudios secundarios (BUP, bachillerato superior, COU, PREU, FP II)
- Estudios universitarios
- Otros (especificar):

SITUACIÓN LABORAL:

- Estudiante
- Ama de casa
- Desempleado/a Con subsidio Sin subsidio
- Empleado/a
- Empleado/a pero está de baja laboral (ILT). Fecha inicio (dd/mm/aaaa): __/__/____
- Jubilado/a
- Incapacitado/a invalidez permanente
- Otros (especificar):

2. VARIABLES BIOGRÁFICAS

1. ¿Cómo es la relación con tu **familia actual**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy mala		Mala		Regular		Normal		Satisfactoria		Muy satisfactoria

2. ¿Cómo es la relación con tu **familia de origen**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy mala		Mala		Regular		Normal		Satisfactoria		Muy satisfactoria

3. ¿Cómo calificarías tus **relaciones sociales**?

ANEXO V: MEDIDAS DE AUTOINFORME DE CLÍNICA GENERAL

BDI-II

Beck, Steer y Brown, 1996; Validada en población española por Sanz, Navarro y Vázquez, 2003

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada uno de ellos y, a continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que te has sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodea con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que hayas elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que consideras igualmente aplicable a tu caso, señalala también. **Asegúrate de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Me siento triste continuamente.
- 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas mejoren.
- 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de Fracaso

- 0 No me siento fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que debería.
- 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.

- 3 Me siento una persona totalmente fracasado.

4. Pérdida de Placer

- 0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable constantemente.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que esté siendo castigado.

- 1 Siento que puedo ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Insatisfacción con uno mismo

- 0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
- 1 He perdido confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta.

8. Auto-Críticas

- 0 No me critico o me culpo más que antes.
- 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
- 2 Critico todos mis defectos.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos de Suicidio

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
- 2 Me gustaría suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía.
- 2 Lloro por cualquier cosa.
- 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.
- 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.

- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3 Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre.
- 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

- 0 No me siento inútil.
- 1 No me considero tan valiosos y útil como solía ser.
- 2 Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3 Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a Duermo algo más de lo habitual.
- 1b Duermo algo menos de lo habitual.
- 2a Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable de lo habitual.
- 1 Estoy más irritable de lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3 Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor de lo habitual.
- 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
- 3a He perdido completamente el apetito.
- 3b Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3 No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.

- 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3 He perdido completamente el interés por el sexo.

OASIS

Norman et al., 2006

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad y miedo. Para cada ítem, selecciona el número que mejor describe tu experiencia **durante la última semana**.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?

0: **No me sentí ansioso** durante la última semana.

1: **Ansiedad infrecuente**. Me sentí ansioso en algunos momentos.

2: **Ansiedad ocasional**. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no. Me costó relajarme.

3: **Ansiedad frecuente**. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.

4: **Ansiedad constante**. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿en qué medida tu ansiedad fue intensa o severa?

0: **Poco o nada**. La ansiedad estuvo ausente o casi no la noté.

1: **Leve**. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron sólo un poco molestos.

2: **Moderada**. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.

3: **Severa**. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron enormemente molestos.

4: **Extrema**. La ansiedad me sobrepasó. Me fue totalmente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?

0: **Ninguna**. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.

1: **Infrecuente**. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2: **Ocasional**. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pudo manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

3: **Frecuente.** Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.

4: **Todo el tiempo.** Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que tenías que hacer respecto al trabajo, el colegio o tu hogar?

0: **Nada.** La ansiedad no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1: **Leve.** La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2: **Moderada.** La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero sólo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3: **Severa.** La ansiedad verdaderamente ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4: **Extrema.** La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?

0: **Nada.** La ansiedad no interfirió en mis relaciones.

1: **Leve.** La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2: **Moderada.** La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.

3: **Severa.** Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4: **Extrema.** La ansiedad ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

ODSIS
Norman et al., 2006

Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, selecciona el número que mejor describe tu experiencia **durante la última semana**.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?

- 0: **No me sentí deprimido** durante la última semana.
- 1: **Depresión infrecuente**. Me sentí deprimido en algunos momentos.
- 2: **Depresión ocasional**. La mitad del tiempo me sentí deprimido y la otra mitad no.
- 3: **Depresión frecuente**. Me sentí deprimido la mayor parte del tiempo.
- 4: **Depresión constante**. Me sentí deprimido todo el tiempo.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿en qué medida tu depresión fue intensa o severa?

- 0: **Poco o nada**. La depresión estuvo ausente o casi no la noté.
- 1: **Leve**. La depresión fue de baja intensidad.
- 2: **Moderada**. La depresión me generó malestar en algunos momentos.
- 3: **Severa**. La depresión fue intensa la mayor parte del tiempo.
- 4: **Extrema**. La depresión me sobrepasó.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?

- 0: **Ninguna**. No tuve dificultades para realizar o interesarme en actividades que normalmente disfruto debido a la depresión.
- 1: **Infrecuente**. Algunas veces tuve dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida no se vio afectado.
- 2: **Ocasional**. Tuve algunas dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios.
- 3: **Frecuente**. Tuve bastantes dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. He realizado cambios significativos en mi estilo de vida por no poder interesarme en actividades que solía disfrutar.
- 4: **Todo el tiempo**. No he podido participar o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que tenías que hacer respecto al trabajo, el colegio o tu hogar?

0: **Nada.** La depresión no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1: **Leve.** La depresión me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas fueron más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2: **Moderada.** La depresión definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero sólo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3: **Severa.** La depresión verdaderamente ha interferido en mis tareas. Algunas tareas las he podido realizar, pero muchas otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4: **Extrema.** La depresión ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de cuentas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?

0: **Nada.** La depresión no interfirió en mis relaciones.

1: **Leve.** La depresión apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2: **Moderada.** La depresión ha interferido algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo manteniendo relaciones sociales algunas veces.

3: **Severa.** Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi depresión. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4: **Extrema.** La depresión ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

Item de suicidio

Durante la última semana, ¿Con qué frecuencia has tenido pensamientos sobre suicidio?

0: Nada. No he tenido pensamientos de suicidio.

1: Infrecuente. En alguna ocasión he tenido pensamientos de suicidio, pero de forma esporádica.

2: Ocasional. Algunas veces he tenido pensamientos de suicidio.

3: Frecuente. En muchas ocasiones he tenido pensamientos de suicidio.

4: Todo el tiempo. Casi la mayor parte del tiempo he tenido pensamientos de suicidio.

PANAS (RASGO)

Watson, Clark y Tellegen, 1988; Labpsitec, 2010

A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lee cada una de ellas y contesta hasta qué punto sueles sentirte **HABITUALMENTE** de la forma que indica cada expresión.

GENERALMENTE me siento:

1: Nada o casi nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo

1. Interesado/a por las cosas	1	2	3	4	5
2. Estresado/, tenso/a	1	2	3	4	5
3. Emocionado/a, ilusionado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a, molesto/a	1	2	3	4	5
5. Con energía, con vitalidad	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Orgullosa/a (de algo), satisfecho/a conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
11. Irritable, malhumorado/a	1	2	3	4	5
12. Despejado/a, despierto/a	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a	1	2	3	4	5
17. Atento/a (a las cosas), concentrado/a	1	2	3	4	5
18. Intranquilo/a, inquieto/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Con miedo, miedoso/a	1	2	3	4	5

PANAS (ESTADO)

Watson, Clark y Tellegen, 1988; Labpsitec, 2010

A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lee cada una de ellas y contesta hasta qué punto te sientes **EN ESTE MOMENTO** de la forma que indica cada expresión.

EN ESTE MOMENTO me siento:

1: Nada o casi nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo

1. Interesado/a por las cosas	1	2	3	4	5
2. Estresado/, tenso/a	1	2	3	4	5
3. Emocionado/a, ilusionado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a, molesto/a	1	2	3	4	5
5. Con energía, con vitalidad	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Orgullosa/a (de algo), satisfecho/a conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
11. Irritable, malhumorado/a	1	2	3	4	5
12. Despejado/a, despierto/a	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a	1	2	3	4	5
17. Atento/a (a las cosas), concentrado/a	1	2	3	4	5
18. Intranquilo/a, inquieto/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Con miedo, miedoso/a	1	2	3	4	5

COPE ABREVIADO

Carver, 1997

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que causan tensión o estrés en la vida. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Por favor, trata de responder a las siguientes preguntas de la manera en que, por lo general, te sientes o actúas utilizando para ello el número (1, 2, 3, 4) que mejor refleja tu propia forma de enfrentarse a la situación. Utiliza la siguiente escala para responder a cada pregunta, marcando un número en el espacio que hay a la derecha de cada pregunta. Muchas gracias.

1: No lo hago nunca 2: Lo hago algunas veces
3: Lo hago con cierta frecuencia 4: Lo hago con mucha frecuencia

1. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente	1	2	3	4
2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.	1	2	3	4
3. Me digo a mí mismo “esto no es real”.	1	2	3	4
4. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.	1	2	3	4
5. Trato de lograr apoyo emocional por parte de los demás.	1	2	3	4
6. Renuncio a intentar ocuparme de ello.	1	2	3	4
7. Tomo medidas para intentar que la situación mejore.	1	2	3	4
8. Me niego a creer que haya sucedido.	1	2	3	4
9. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.	1	2	3	4
10. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.	1	2	3	4
11. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4

12.Intentó verlo desde otra perspectiva, para hacer que parezca más positivo.	1	2	3	4
13.Me critico a mí mismo.	1	2	3	4
14.Intentó proponer una estrategia sobre qué hacer.	1	2	3	4
15.Intentó lograr apoyo y comprensión por parte de alguien.	1	2	3	4
16.Renuncio a intentar hacer frente a la situación.	1	2	3	4
17.Busco algo positivo en lo que está sucediendo.	1	2	3	4
18.Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
19.Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.	1	2	3	4
20.Acepto la realidad de lo que ha sucedido.	1	2	3	4
21.Expreso mis sentimientos negativos.	1	2	3	4
22.Intentó hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	1	2	3	4
23.Intentó conseguir ayuda o consejo por parte de otras personas acerca de qué hacer.	1	2	3	4
24.Aprendo a vivir con ello.	1	2	3	4
25.Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.	1	2	3	4
26.Me echo la culpa de lo que ha sucedido.	1	2	3	4
27.Rezo o medito.	1	2	3	4
28.Me río de la situación.	1	2	3	4

MQLI

Mezzich, Cohen, Ruipérez, Liu y Yoon, 1999

Instrucciones: Por favor, indica cuál es tu nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de "mala" a "excelente", marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas:

1. **Bienestar físico** (sentirte lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

2. **Bienestar psicológico/emocional** (sentirte bien contigo mismo)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

3. **Autocuidado y funcionamiento independiente** (desempeñar tus tareas cotidianas básicas, tomar tus propias decisiones)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

4. **Funcionamiento ocupacional** (desempeñar tu trabajo, tareas escolares y tareas domésticas)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Malo			Regular			Bueno			Excelente

5. **Funcionamiento interpersonal** (relacionarte bien con la familia, amigos y grupos)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Malo Regular Bueno Excelente

6. **Apoyo social-emocional** (disponer de personas en quien confiar, que te proporcionen ayuda)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Malo Regular Bueno Excelente

7. **Apoyo comunitario y de servicios** (vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y otros)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Malo Regular Bueno Excelente

8. **Plenitud personal** (sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual, de las artes, etc.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Malo Regular Bueno Excelente

9. **Plenitud espiritual** (sentimiento de fe, religiosidad y trascendencia más allá de la vida material ordinaria).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Malo Regular Bueno Excelente

10. **Percepción global de calidad de vida** (sentimiento de satisfacción y felicidad con tu vida en general).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Malo

Regular

Bueno

Excelente

PSS

Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983

Por favor, considera cómo te sientes habitualmente y responde a las siguientes preguntas

1. Habitualmente, ¿con qué frecuencia sientes que las dificultades son de tal magnitud que no puedes superarlas?

Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

2. Habitualmente, ¿con qué frecuencia te sientes seguro acerca de tu capacidad para afrontar tus problemas personales?

Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

3. Habitualmente, ¿con qué frecuencia sientes que las cosas van bien?

Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

4. Habitualmente, ¿con qué frecuencia te sientes incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?

Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo
0	1	2	3	4

Valoración de Mejoría
(Adaptado de Guy, 1976)

Respecto al inicio del tratamiento, me he encontrado:

Mucho mejor	Bastante mejor	Un poco mejor	Sin cambios	Un poco peor	Bastante peor	Mucho peor
-------------	----------------	---------------	-------------	--------------	---------------	------------

EROS

Armento y Hopko, 2007; Adaptación española por Barraca y Pérez-Álvarez, 2010

Valora en qué grado son aplicables en tu caso las siguientes diez frases. Ten en cuenta la escala que está sobre las frases para elegir tu respuesta:

1: Totalmente en desacuerdo 2: Bastante en desacuerdo
3: Bastante de acuerdo 4: Totalmente de acuerdo

1. Muchas actividades de mi vida son agradables.	1	2	3	4
2. Últimamente, me he dado cuenta de que las cosas que vivo me hacen infeliz. (*)	1	2	3	4
3. En general, estoy muy satisfecho con la forma en que empleo mi tiempo.	1	2	3	4
4. Me resulta fácil encontrar con qué disfrutar en la vida.	1	2	3	4
5. Otras personas parecen tener vidas más plenas. (*)	1	2	3	4
6. Ya no me resultan gratificantes actividades que antes me agradaban. (*)	1	2	3	4
7. Desearía encontrar más aficiones que me divirtiesen. (*)	1	2	3	4
8. Estoy satisfecho con mis logros.	1	2	3	4
9. Mi vida es aburrida. (*)	1	2	3	4
10. Las actividades en que tomo parte normalmente salen bien.	1	2	3	4

EOS
Hervás y Vázquez, 2006

A continuación, vas a encontrar diferentes frases con las que te puedes sentir identificado, en mayor o menor medida. Contesta según la siguiente escala.

- 1: Totalmente en desacuerdo 5: Ligeramente de acuerdo**
2: Bastante en desacuerdo 6: Bastante de acuerdo
3: Ligeramente en desacuerdo 7: Totalmente de acuerdo
4: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

1. Me considero una persona que busca siempre disfrutar de cualquier cosa por pequeña que sea.	1	2	3	4	5	6	7
2. Suelo pararme a disfrutar intensamente de experiencias cotidianas como ver un paisaje bonito, degustar una comida sabrosa o cosas similares.	1	2	3	4	5	6	7
3. No suelo buscar muchas satisfacciones en mi rutina diaria.	1	2	3	4	5	6	7
4. Intento no dejar pasar ni una sola oportunidad de disfrutar de las cosas del día a día.	1	2	3	4	5	6	7
5. Casi siempre estoy buscando disfrutar de cosas nuevas cada día aunque sean pequeñas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Intento siempre disfrutar al máximo de los pequeños placeres de cada día.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO VI: MEDIDAS DE EXPECTATIVAS, SATISFACCIÓN, ACEPTACIÓN, USABILIDAD Y OPINIÓN CUALITATIVA DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Escala de Expectativas sobre el Tratamiento

Adaptado de Nau y Borkovec, 1972

Este cuestionario debe ser contestado después de que se haya explicado el tratamiento que se está poniendo a prueba.

Después de haber explicado en qué va a consistir el tratamiento que va a recibir, nos gustaría saber tu opinión sobre el mismo. Por favor, contesta a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida te parece lógico este tratamiento?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

2.- ¿En qué medida te satisface el tratamiento que va a recibir?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendarías este tratamiento a un amigo que tuviera tu mismo problema?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

4.- ¿En qué medida crees que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

5.- ¿En qué medida crees que el tratamiento va a resultar útil en tu caso?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

6.- ¿En qué medida este tratamiento te resulta aversivo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

Escala de Opinión sobre el Tratamiento

Adaptado de Nau y Borkovec, 1972

Este cuestionario debe ser contestado después de que el paciente haya completado el tratamiento que se está poniendo a prueba (en la última sesión de dicho tratamiento). Después de haber recibido el tratamiento, nos gustaría saber tu opinión sobre el mismo. Por favor, contesta a las siguientes preguntas.

1.- ¿En qué medida te ha parecido lógico este tratamiento?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

2.- ¿En qué medida te ha satisfecho el tratamiento que has recibido?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

3.- ¿En qué medida le recomendarías este tratamiento a un amigo que tuviera tu mismo problema?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

4.- ¿En qué medida crees que este tratamiento podría ser útil para tratar otros problemas psicológicos?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

5.- ¿En qué medida crees que el tratamiento te ha resultado útil en tu caso?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

6.- ¿En qué medida este tratamiento te ha resultado aversivo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Muchísimo

SYSTEM USABILITY SCALE (SUS)

Brooke, 1996

Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque la opción que mejor describa su opinión.

1. Creo que me gustará utilizar con frecuencia este sistema.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> En completo desacuerdo Completamente de acuerdo </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 1 2 3 4 5 </div>
2. Encontré el sistema innecesariamente complejo.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> En completo desacuerdo Completamente de acuerdo </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 1 2 3 4 5 </div>
3. Pensé que era fácil utilizar el sistema.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> En completo desacuerdo Completamente de acuerdo </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 1 2 3 4 5 </div>
4. Pienso necesitaría del apoyo de un experto para poder utilizar el sistema.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> En completo desacuerdo Completamente de acuerdo </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 1 2 3 4 5 </div>
5. Encontré que las diversas funciones del sistema estaban bien integradas.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> En completo desacuerdo Completamente de acuerdo </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 1 2 3 4 5 </div>
6. Pensé que había demasiada inconsistencia en el sistema.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> En completo desacuerdo Completamente de acuerdo </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 1 2 3 4 5 </div>
7. Imagino que la mayoría de las personas aprenderían muy rápidamente a utilizar el sistema.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> En completo desacuerdo Completamente de acuerdo </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 1 2 3 4 5 </div>
8. Encontré el sistema muy complicado/farragoso de utilizar.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> En completo desacuerdo Completamente de acuerdo </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> 1 2 3 4 5 </div>

<p>9. Me sentí muy seguro al utilizar el sistema.</p>	<p>En completo desacuerdo Completamente de acuerdo</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">1 2 3 4 5</p>
<p>10. Necesito aprender muchas cosas antes de poder manejar este sistema.</p>	<p>En completo desacuerdo Completamente de acuerdo</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">1 2 3 4 5</p>

CUESTIONARIO DE USABILIDAD Y ACEPTABILIDAD (CUA)

Labpsitec, 2010

Para cada una de las siguientes afirmaciones, marque la opción que mejor describa su opinión.

1-Pienso que la mayoría de las personas podrían aprender muy rápidamente a utilizar (NOMBRE SISTEMA).

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-Me he sentido seguro de mí mismo (capaz) utilizando (NOMBRE SISTEMA).

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3-En general, he sabido qué tenía que hacer en cada momento. Por ejemplo, cuando he querido pulsar un botón concreto he sabido cómo hacerlo y lo he conseguido.

Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Una vez que he aprendido a usar (NOMBRE SISTEMA) he podido realizar las tareas rápidamente.

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-(NOMBRE SISTEMA) puede utilizarse en cualquier lugar y en cualquier contexto.

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Las instrucciones de (NOMBRE SISTEMA) son fáciles.

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7-El tamaño de letra y de los botones es suficiente para mí.

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8- Me gustaría utilizar este sistema frecuentemente.

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9-En general, creo que (NOMBRE SISTEMA) es muy útil para mí.

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10-En general, creo que (NOMBRE SISTEMA) es fácil de usar.

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENTREVISTA CUALITATIVA. SONREÍR ES DIVERTIDO.

Labpsitec, 2011

CÓDIGO:

CONDICIÓN:

Fecha:

1. ¿En qué medida consideras que el Diario de Actividad ha sido una herramienta útil para ti? ¿Por qué?

5: Muchísimo,

4: Mucho,

3: Algo,

2: Poco,

1: Poquísimo.

2. ¿En qué medida consideras que durante la realización del programa Sonreír es Divertido es útil poder repasar la información de los diferentes módulos? ¿Por qué?

5: Muchísimo,

4: Mucho,

3: Algo,

2: Poco,

1: Poquísimo.

3. ¿La información proporcionada por el programa Sonreír es Divertido te permitió entender que, una vez finalizados los módulos, si deseabas hacerlo disponías de más tiempo para seguir repasándolos?

1. Sí

2. No

4. ¿Has seguido entrando en el programa Sonreír es Divertido, una vez finalizados los módulos, para poder repasar información, los diferentes ejercicios, volver a ver los vídeos...? ¿Por qué?

1. Sí

2. No

5. Si no lo ha hecho → ¿Te habría gustado poder seguir entrando en el programa Sonreír es Divertido una vez finalizados los módulos, para poder repasar información, los diferentes ejercicios, volver a ver los vídeos...? ¿Por qué?

1. Sí

2. No

6. ¿Crees que es útil tener a tu disposición el programa Sonreír es Divertido durante más tiempo una vez finalizados los módulos? ¿Por qué?

1. Sí

2. No

7. SÓLO PARA LA CONDICIÓN CON APOYO: ¿En que medida te ha gustado recibir una breve llamada telefónica de apoyo semanal por parte del terapeuta? ¿Por qué?

5:Muchísimo,

4:Mucho,

3:Algo,

2:Poco,

1:Poquísimo.

8. SÓLO PARA LA CONDICIÓN CON APOYO → ¿En que medida has considerado útil esa llamada telefónica de apoyo semanal por parte del terapeuta? ¿Por qué?

5:Muchísimo,

4:Mucho,

3:Algo,

2:Poco,

1:Poquísimo.

9. SÓLO PARA LA CONDICIÓN SIN APOYO → ¿En que medida te habría gustado recibir una breve llamada telefónica de apoyo semanal (máximo dos minutos) por parte de un terapeuta? ¿Por qué?

5:Muchísimo,

4:Mucho,

3:Algo,

2:Poco,

1:Poquísimo.

10. SÓLO PARA LA CONDICIÓN SIN APOYO → ¿En que medida consideras que te habría ayudado recibir esa breve llamada telefónica de apoyo semanal? ¿Por qué?

5:Muchísimo,

4:Mucho,

3:Algo,

2:Poco,

1:Poquísimo.

11. Opinión general sobre el programa de intervención.

**ANEXO VII. CONTENIDO ESPECÍFICO DE LOS MENSAJES AL
TELÉFONO MÓVIL Y DE LA LLAMADA DE APOYO SEMANAL POR
PARTE DEL TERAPEUTA**

**A AMBAS CONDICIONES (CON APOYO Y SIN APOYO POR PARTE DEL TERAPEUTA):
Dos mensajes (SMS) genéricos a la semana: Domingo y miércoles.**

- Recordándoles la importancia de realizar el diario de actividad y de seguir avanzando en el programa haciendo las tareas que se le van proponiendo.

CONTENIDO MENSAJES GENÉRICOS:

Inicial:

- Hola. Como parte del estudio Sonreír es Divertido mientras dure tu participación recibirás dos SMS orientativos semanales sin coste alguno.

Domingo:

- Hola. Es muy importante que realices el diario de actividad cada día, recuerda que lo que sabes acerca de ti puede ayudarte.
- Hola. Recuerda realizar el diario de actividad. Lo que sabes acerca de ti puede ayudarte.
- Hola. Esta semana no te olvides de completar el diario de actividad cada día. Te aportará información muy valiosa.
- Hola. Procura entrar cada día al diario de actividad y completarlo. Recuerda que lo que sabes acerca de ti puede ayudarte.

Miércoles:

- Hola. Es muy importante que realices las tareas de cada módulo, la práctica es esencial. Recuerda que lo ideal es realizar un módulo a la semana.
- Hola. Piensa en realizar las tareas de cada módulo. Es esencial que practiques. Recuerda, un módulo a la semana es lo ideal.
- Hola. Te animamos a expresar a fondo todas las tareas de los módulos. Es esencial que pongas en práctica lo que aprendes cada semana.
- Hola. Ánimo con las tareas de cada módulo, dedícales tiempo y un poco de esfuerzo. Recuerda que realizar un módulo a la semana es lo ideal.

A LA CONDICIÓN CON APOYO POR PARTE DEL TERAPEUTA:

Una llamada de teléfono a la semana de un máximo de dos minutos: Cambiará el contenido de la llamada dependiendo de cómo vayan avanzando en los módulos.

1. Si en una semana **no ha cambiado de módulo** (ANIMAR)
2. Si en una semana **realiza un módulo** (REFORZAR)
3. Si hace **dos módulos en una semana**. (REFORZAR Y FRENAR)
4. Si en una semana **hace más de dos módulos**. (FRENAR!!!)

Estructura de las llamadas:

- a) Saludar y preguntar si ha tenido algún problema.
- b) 1 (animar), 2 (reforzar), 3 (reforzar y frenar) o 4 (frenar!!):

- 1 (animar): *Te animo a que sigas adelante, recuerda que aunque puedes hacer el programa a tu ritmo, sacarás el máximo beneficio realizando un módulo a la semana.*

- 2 (reforzar): *¡Muy bien! estás avanzando a buen ritmo, lo ideal es un módulo a la semana, recuerda que es muy importante realizar las tareas que te propone el programa”*

- 3 (reforzar y frenar): *Bien, has finalizado otro módulo. Vas algo deprisa. No sigas avanzando y repasa las tareas que te ha propuesto el programa. Recuerda que lo mejor es que realices un módulo por semana.*

- 4 (frenar): *Estas avanzando demasiado deprisa, recuerda que para que las estrategias que te propone Sonreír es Divertido se conviertan en habilidades es muy importante que vayas realizando las tareas y practiques mucho por lo recomendable es que realices un módulo semanalmente.*

- b) Recordar que entren en el diario de actividad.
- c) Recordar que realicen las tareas

Esquema del apoyo recibido a lo largo de la semana:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		SMS	Teléfono			SMS
		TODOS	SCA			TODOS

ANEXO VIII: SCREENING TELEFÓNICO

Código del Participante: _____

1 ¿Qué edad tienes? (De 18-65 años)

2 ¿Entiendes y lees bien el español? Tiene que NO Sí
responder si

3 ¿Tienes acceso a Internet en casa y dirección de e-mail? Tiene que NO Sí
responder si

4 ¿Manejas el ordenador a nivel de usuario? Tiene que NO Sí
responder si

5 ¿Actualmente estás recibiendo un tratamiento psicológico? Tiene que NO Sí
responder no

6 ¿Has recibido algún tratamiento psicológico durante el último año? Tiene que NO Sí
responder no

7 ¿Has tomado alcohol u otras drogas en las **últimas 4 semanas?** Tiene que NO Sí
responder no.

Por ejemplo: cannabis, éxtasis, anfetaminas, cocaína, heroína, etc.

Si su respuesta es sí, cuál y con qué frecuencia:

Si contesta si, explorar si sólo se trata de consumo ocasional (Ej: fines de semana)

8 ¿Cómo has conocido el estudio? _____

VALENCIA _____ CASTELLÓN _____

DE LEJOS _____

Fecha y hora *screening*: _____

ANEXO IX: COMPONENTES TERAPÉUTICOS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

1. Motivación

La motivación y su importancia para el tratamiento

Se explica que para obtener el máximo rendimiento de *Sonreír es Divertido* es muy importante la motivación y compromiso. La motivación para el cambio es el primer paso para comenzar a afrontar los problemas (Figura A).



Figura A. Motivación para el cambio

La ambivalencia como parte natural del proceso de cambio

Es importante hacerle ver a la persona que la motivación no es algo fijo e inmutable. Cambia a lo largo del tiempo. Tendrá momentos y días en los que la motivación será elevada y

otros en los que completar los ejercicios y las actividades le resultará más difícil. A veces sentirá que el cambio es posible; en otros momentos se puede sentir como si no quisiera cambiar y que no vale la pena el tiempo y esfuerzo que ha dedicado. Es importante que sepa que es completamente normal tener estas dudas. Esta ambivalencia es lo esperable al inicio de un proceso de cambio. Por una parte, querrá cambiar y, por la otra, se mostrará resistente a dejar de funcionar como lo ha venido haciendo durante todo este tiempo.

Se ponen un ejemplo de una chica que ayuda a la persona a comprender esta ambivalencia.

Identificando los objetivos y las metas

Se explica que el primer paso en el proceso de cambio es llegar a identificar sus objetivos personales y las metas que son importantes. Además, objetivos no sólo a largo plazo sino, sobre todo, a corto plazo. Si se plantea metas a corto plazo se centrará en retos más fáciles que le motivarán a corto plazo y le llevarán a la meta final. Se pone un caso de ejemplo para que entienda bien como establecer sus objetivos y metas.

Por último se proponen dos ejercicios para afianzar todo lo explicado en relación a la motivación para el cambio:

Los costes y beneficios de seguir funcionando igual y los costes y beneficios del cambio

El objetivo de este ejercicio es que reflexione sobre si su comportamiento actual facilita o dificulta alcanzar lo que quiere conseguir en su vida. Para ello se le explica cómo realizar una **Tabla de Balance Decisional** (Ver Tabla A).

Tabla A. Tabla de Balance Decisional.

	PROS/ BENEFICIOS	CONTRAS/COSTES
CAMBIO		
SEGUIR IGUAL		

Ésta tabla ayudará a la persona a reflexionar sobre sus razones a favor y sus razones en contra, tanto de cambiar como de seguir funcionando igual. Pensar en los “pros” y los “contras” de cambiar, y de seguir en la misma situación, ayuda a considerar el porqué de un posible cambio y a que se sienta el proceso de cambio de manera más manejable.

Se le explica el ejercicio de Balance Decisional con un ejemplo para ayudarle en su reflexión y se le facilita el recuadro en blanco para que lo rellene.

En los momentos de baja motivación resulta de gran ayuda repasar las razones que se consideran importantes para cambiar el comportamiento.

Estableciendo objetivos específicos y metas manejables

Con este ejercicio se pretende que la persona convierta sus objetivos generales en otros más específicos para que sean más manejables. Ya que establecer objetivos concretos sobre el cambio de comportamiento ayuda a lograrlos con éxito.

Se recuerda que puede ayudarle a aclarar sus objetivos mirar las razones que han quedado en la caja “pros” del cambio. Estas razones, probablemente, explican por qué necesita ayuda en este momento.

Se presenta un ejemplo para que la persona haga lo mismo con los diferentes objetivos que ha identificado antes, en el apartado: Identificando tus objetivos y tus metas. Para ello, se facilita una tabla en la que puede reflexionar y escribir un objetivo general y otros objetivos específicos (Ver Tabla B).

Tabla B. Tabla de Identificación de Objetivos y Metas

IDENTIFICANDO TUS OBJETIVOS Y TUS METAS	
Objetivo general:	
Objetivos específicos:	
-	
-	
Pasos para llegar al objetivo específico 1:	
- Paso 1:	
- Paso 2:	
- Paso 3:	
- Paso 4:	
Pasos para llegar al objetivo específico 2:	
- Paso 1:	
- Paso 2:	
- Paso 3:	
- Paso 4:	

A lo largo de la realización del programa, estos dos ejercicios, le serán de gran ayuda a la persona en los momentos en que le cueste continuar.

2. Psicoeducación

Se explica lo que comporta el rechazo o negación de los problemas con la ayuda del modelo del Círculo vicioso (Ver Figura B). Estas estrategias inadecuadas de afrontamiento, no sólo no solucionarán el problema, sino que lo mantienen y empeoran, provocando en la persona la sensación de sentirse desbordada y de no poder hacer frente a lo que está ocurriendo.

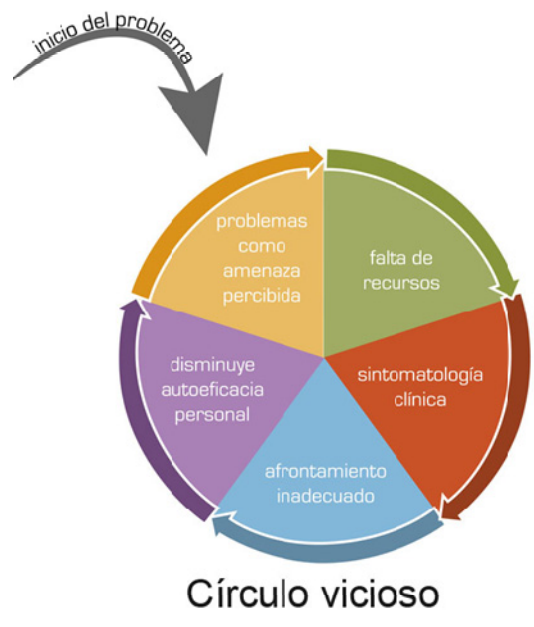


Figura B. Círculo vicioso

Después se explica de que otra manera podemos responder a las situaciones difíciles y acontecimientos estresantes: **Aceptación, afrontamiento y resiliencia.**

Para ello se empieza explicando el papel crucial que tienen los problemas en nuestras vidas. Se hace hincapié pues en la utilidad de los "problemas" y la conveniencia de adoptar una sana actitud de aceptación de las dificultades. Gracias a este proceso de afrontar y resolver dificultades y problemas hemos sobrevivido y evolucionado como especie y ha evolucionado

también la ciencia. En definitiva, se le transmite que conviene tener presente que los problemas nos pueden ayudar a mejorar y a progresar infinitamente. Esta perspectiva se resume en la máxima del filósofo Karl Popper, “El futuro está abierto, el optimismo es un deber”. Este autor propone la conveniencia de adoptar una actitud filosófica de vida que supone entender que los problemas son necesarios, que *vivir es solucionar problemas*, y que debemos intentar alegrarnos de tenerlos porque son ellos los que nos permiten progresar.

Se finaliza la psicoeducación explicando a la persona que ganará con este cambio de actitud y como le ayudarán en ese proceso cada uno de los módulos (Ver Figura C): Estará mucho mejor preparada para llevar a cabo un afrontamiento más eficaz, que supone, entre otras cosas, mantener un nivel adecuado de actividad e implicarse en la vida (Módulo 3: *Aprendiendo a ponerte en marcha*), será capaz de ver cada situación vital desde distintas perspectivas (Módulo 4: *Aprendiendo a ser flexible y a atreverte*), intentando además implicarse cada vez más en actividades agradables y significativas (Módulo 5: *Aprendiendo a disfrutar*). Estar activo e implicado con la vida hará que experimente nuevas vivencias y que disminuya el malestar y la sintomatología clínica (depresión, abatimiento, ansiedad, inquietud, etc.). Estará empezando entonces a desarrollar un afrontamiento adecuado de las situaciones sin negarlas o evitarlas (Módulo 6: *Aprendiendo a vivir*). Esta nueva forma de afrontamiento aumentará la probabilidad de tener experiencias positivas, gratificantes y significativas y potenciará en la persona la sensación de auto-eficacia personal, crecimiento psicológico y capacidad de hacer frente a los retos que, sin duda, le seguirá presentando la vida. Esto último es lo que llamamos “resiliencia” o facultad de recuperación. Se le explica que dicha resiliencia no es algo estático, bien al contrario, es algo que se va desarrollando a medida que somos capaces de hacer frente a más dificultades. En definitiva es un proceso de aprendizaje continuo (Módulos 7 y 8 del programa: *Viviendo y aprendiendo y ¿A partir de ahora qué?*).



Figura C. Cambio de actitud: Aceptación, afrontamiento y resiliencia.

Para afianzar todo lo aprendido en la psicoeducación se presenta un ejercicio: **Algunas respuestas típicas a acontecimientos adversos**. En este ejercicio se explican varios ejemplos de acontecimientos adversos y las diferentes reacciones. La persona tiene que identificar si en el ejemplo se ha producido un afrontamiento adaptativo a desadaptativo (Ver Figura D). Después de cada ejemplo se le ofrece la alternativa correcta y su explicación.



Figura D. Ejemplo de afrontamiento desadaptativo.

3. Activación Comportamental

El papel de la actividad en nuestro bienestar

Se explica que, cuando nos enfrentamos a situaciones difíciles y estresantes lo primero que hacemos es disminuir nuestra actividad. No nos sentimos con fuerzas, ni nos apetece hacer muchas cosas. Por ello, dejamos de hacer muchas actividades que son significativas para nosotros y nos producían bienestar.

Se muestran las importantes consecuencias que tiene este descenso de actividad: pérdida de la oportunidad de vivir momentos que nos pueden ayudar a sentirnos mejor, aumento de la probabilidad de sentirnos peor, es decir, incremento de emociones negativas, como la tristeza, la irritabilidad, la ira, la ansiedad y la culpa.

Con dos ejemplos se enseña como la disminución de actividades tiene como resultado un empeoramiento del problema. Ayudan a entender que es importante tratar de escapar de la trampa de la inactividad.

El objetivo principal es que la persona entienda que al mantenernos activos generamos nuevas vivencias, experiencias positivas que actúan como una barrera protectora ante los acontecimientos negativos y ayudan a hacer frente a los problemas de forma más adaptativa.

Se dan pautas a la persona de cómo puede estar implicada en la vida y se le proponen los siguientes pasos:

1. Hacer una lista de los objetivos concretos y los acontecimientos positivos que desee lograr en tu vida.
2. Hacer una lista de los pequeños pasos que le llevarán a conseguir estos objetivos y estos acontecimientos.
3. Atreverse y llevar a cabo el primer paso. Luego, los siguientes serán más fáciles.
4. Atender siempre a su "red social", ya que esta red le puede ayudar.
5. Retomar antiguas amistades.
6. Encontrar nuevas amistades.

7. Trabajar nuevas relaciones.

Se recalca uno de los pilares fundamentales con los que la persona cuenta para empezar a ponerse en marcha: el apoyo de su red social (familiares, amigos, vecinos, compañeros, etc.) con quienes puede compartir las actividades que ya está realizando, o bien, le pueden ayudar a realizar otras nuevas. Además, se insiste en que sólo el hecho de ponerse en contacto con otras personas para realizar actividades que sean significativas, puede ayudarle a fortalecer sus relaciones, retomar contacto con personas con las que hace tiempo no habla y compartir momentos que pueden ser importantes (Ver Figura E).

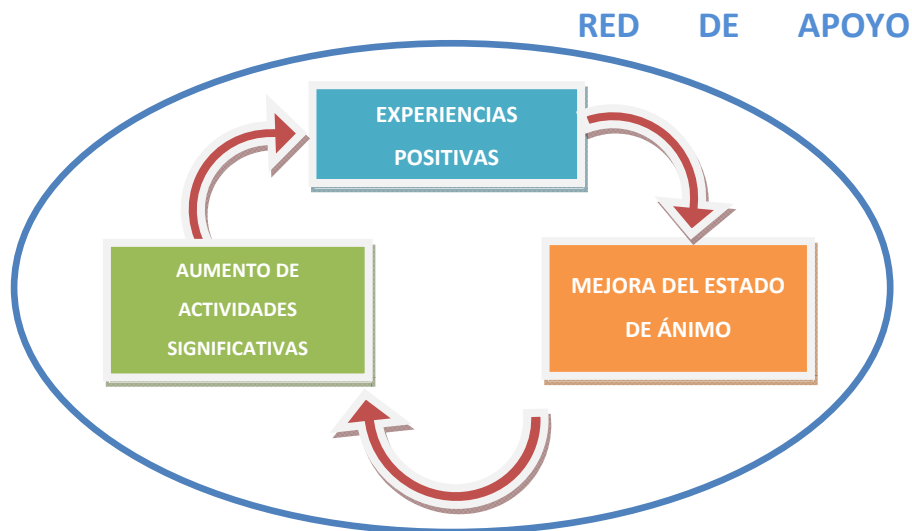


Figura E. Importancia de la red de apoyo social

Se presenta una herramienta para que la persona piense y planifique quién le podría ayudar: **Registro de planificación de actividades y búsqueda de apoyo de mi red social** (Ver Tabla C).

Tabla C. Registro de planificación de actividades y búsqueda de apoyo de mi red social.

<p><u>Ejemplo de Registro de Planificación de Actividades y Búsqueda de Apoyo de mi Red Social</u></p> <p>¿En qué actividad podrías necesitar el apoyo de alguien significativo?</p> <p>_____</p> <p>Nombra, por lo menos, a una persona que podría ayudarte con esta actividad:</p> <p>_____</p> <p>¿De qué manera esta/s persona/s podría ayudarte a realizar la actividad?</p>
--

Se muestran además posibles dificultades con las que se puede encontrar a la hora de ponerse en marcha y las posibles soluciones.

Importancia de realizar actividades significativas y acordes a los valores y metas

Se explica que es importante estar activo, pero también es muy importante ser capaz de disfrutar de las actividades que se realizan, tener algunas experiencias positivas que permitan regular y mejorar el estado de ánimo. Por eso, se tienen que incorporar, paso a paso, actividades acordes con los objetivos y metas de vida.

Se recomienda empezar por cosas sencillas para así tener éxito en lo se plantea hacer, e intentar incluir actividades agradables.

Procedimiento a seguir para la programación de actividades significativas

Se explica la importancia de registrar las actividades que se realizan día a día. La herramienta dónde se puede registrar recibe el nombre de Diario de Actividad y se ha explicado con detalle en el apartado “Herramientas transversales”.

Se señala la importancia de registrar qué actividades ha realizado durante las últimas 24 horas, indicando además, el grado de satisfacción que le ha producido cada una de ellas y si están relacionadas con sus objetivos y con sus metas.

Esto le ayudará a:

Contar con una medida de referencia para comparar sus avances a lo largo de todo el programa, darse cuenta de sus patrones de comportamiento y reflexionar sobre qué cosas podría hacer o cómo podría mejorar estos patrones de funcionamiento para obtener un mayor grado de bienestar.

Se anima a la persona a planificar, pensar qué cosas puede hacer y le pueden gustar, en qué momento las puede realizar, con quién contará para compartirlas, etc.

Esta pequeña planificación le ayudará de forma sencilla a incorporarlas en su vida diaria.

4. Terapia cognitiva

Las interpretaciones que hacemos de las situaciones influyen en cómo nos sentimos

Primeramente se explica cómo filtramos la información de las situaciones. Hacemos interpretaciones automáticas que se producen de forma no consciente. Estas interpretaciones en gran medida se deben a nuestras experiencias pasadas. Nuestras interpretaciones influyen en lo que esperamos que ocurra en una determinada situación.

Se señala que dichas interpretaciones automáticas tienen importantes consecuencias en cómo nos sentimos. Pero, además es importante que entienda que también ocurre a la inversa, es decir, el modo en que nos sentimos influye en las interpretaciones que hacemos de las situaciones (Ver Figura F). Se presenta un ejemplo de una persona para que vea como se produce este proceso.

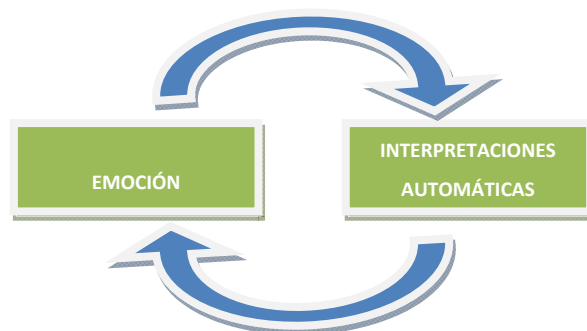


Figura F. Relación entre interpretaciones y emoción

Identificar las trampas de nuestros pensamientos

Se explica que cuando nos sentimos deprimidos o estresados, llegamos a desarrollar una forma o estilo particular de interpretar las situaciones que no resulta adecuado y que nos impide afrontar adecuadamente los problemas. En estos casos con mucha frecuencia utilizamos interpretaciones negativas y pesimistas de los acontecimientos.

Las personas que tienen problemas emocionales habitualmente presentan pues formas desadaptativas de filtrar la información a las que llamamos “trampas de pensamiento”. Estas son:

Saltar a conclusiones sin pruebas suficientes o sobreestimar la probabilidad de que algo negativo ocurra: no atender a todos los datos y sobreestimar la probabilidad de que un suceso negativo ocurra.

Pensar en lo peor o dramatizar: pensar que el peor resultado posible ocurrirá y que, cuando ocurra no vamos a ser capaces de afrontarlo.

Negar o evitar: “no querer ver”, no querer “aceptar” las cosas que nos suceden, o “negarse o evitar hacer algo” porque se cree que es demasiado difícil o doloroso aceptar que algo ha ocurrido, o que va a costar demasiado esfuerzo afrontarlo.

Se explica que el problema de estas trampas de pensamiento es que hacen que nuestras interpretaciones y valoraciones sean menos flexibles, y nos impiden llegar a tener información más exacta de la realidad.

Cuando nos aferramos a una única interpretación de cualquier situación estamos mostrando una forma de pensar rígida.

Como flexibilizar la forma de valorar las diferentes situaciones con las que nos podemos encontrar

Se explica que es necesario entrenarse para lograr una mayor flexibilidad cognitiva, aprendiendo a generar otras posibles interpretaciones alternativas de la situación.

Se indican los pasos para flexibilizar nuestra forma de pensar:

1. Aprender a identificar las interpretaciones rígidas y desadaptativas (trampas de pensamiento).

2. Dudar de esa interpretación automática.

3. Sacar otras posibles interpretaciones alternativas de la situación.

Se ofrecen ejemplos para que la persona aprenda cómo hacerlo y se facilita el **Registro de Generación de Interpretaciones alternativas** (Ver Tabla D):

Tabla D. Registro de generación de interpretaciones alternativas

FECHA	SITUACIÓN DESENCADENTANTE	INTERPRETACIÓN AUTOMÁTICA	EMOCIÓN	IDENTIFICAR TRAMPA PENSAMIENTO	GENERAR INTERPRETACIONES ALTERNATIVAS
-------	------------------------------	------------------------------	---------	-----------------------------------	--

La flexibilidad cognitiva es una habilidad fundamental para poder lograr afrontar adecuadamente los problemas. No se trata de reemplazar “malos” pensamientos o “corregir” modos erróneos de pensamiento, sólo es necesario darse cuenta de que existen otras posibles interpretaciones.

5. Psicología Positiva

5.1. Papel de las emociones positivas en nuestras vidas

Se explica el papel de las emociones positivas en la vida de todo ser humano y en la evolución. Tienen un objetivo que va mucho más allá de la sensación agradable que pueden proporcionar a corto plazo, ya que amplían nuestros recursos intelectuales, físicos y sociales y los hacen más duraderos, nos ayudan a estar abiertos a más ideas y experiencias. Además, las emociones positivas ayudan a generar y estructurar reservas de recursos psicológicos; reservas a las que podemos recurrir más tarde cuando se nos presenta una amenaza o una oportunidad. Por tanto, pueden contribuir a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir resiliencia psicológica, incrementando los recursos psicológicos de afrontamiento.

Las emociones positivas tienen dos tipos de efectos beneficiosos fundamentales: por una parte, ayudan a regular las emociones negativas (podrían, considerarse como *antídotos o anticuerpos* frente a las emociones negativas); por otra, desencadenan una espiral ascendente

hacia mayores niveles de bienestar psicológico (funcionarían potenciando defensas psicológicas, resiliencia y fortalezas).

Se ha comprobado, además, la utilidad de las emociones positivas para prevenir enfermedades (cardiovasculares, resfriado, gripe, etc.), para reducir la intensidad y duración de las mismas y para alcanzar niveles elevados de bienestar subjetivo.

Seguidamente se explica la importancia de saborear las “pequeñas cosas”. Muchas veces nos hemos acostumbrado a vivir una vida ajetreada y rápida, y nos hemos olvidado de saborear y disfrutar de las pequeñas cosas. Se transmite la importancia de empezar a hacerlo ya que es sencillo y supone un potente antídoto contra el estrés y además incrementa el nivel de felicidad y bienestar personal. Le ayudará en esto disfrutar de algo que, normalmente, haga muy de prisa. Tiene que intentar hacerlo despacio y concéntrase en lo que hace. Tiene después que reflexionar en las diferencias en comparación a como lo hacía antes y como se ha sentido.

Finalmente se aborda el tema de la inducción de emociones y experiencias positivas de forma controlada y sistemática. Los procedimientos de inducción de estados de ánimo (PIEA's) son estrategias, dispositivos y procedimientos que inducen experiencias emocionales positivas. Se presentan una serie de PIEA's que han demostrado ser potentes:

- *Disfrutar de los distintos tipos de verde de los árboles*
- *Conversar con algún amigo o alguien significativo en tu vida*
- *Pasear y escuchar las olas del mar*
- *Concentrarte y disfrutar del rocío*
- *Contemplar una puesta de sol*
- *Mirar la sonrisa de un niño*
- *Revisar un álbum de fotografías familiares, de viajes, de buenos recuerdos*
- *Concentrarte en el canto de los pájaros*
- *Escuchar una música que te guste*
- *Decirte a ti mismo/a que eres grande, o que lo has hecho bien y darte besos*

- *Baño de agua tibia*
- *Notar que respiramos y que estamos vivos*
- *Comer chocolate*
- *Leer un buen libro*
- *Contemplar el fuego en una chimenea*
- *Mirar el mar*
- *Una caminata por el parque*
- *Chapotear en el agua*
- *La acción de sonreír*

Se anima a que más allá de los ejemplos presentados, cada persona describa sus propios PIEA's.

Se hace especial hincapié en el último de los PIEA's (la acción de sonreír), concretamente en la "Sonrisa Duchenne" o "sonrisa genuina". Es uno de los PIEA's más potentes para aumentar las emociones positivas. Se explica en qué consiste y sus diferencias con la "Sonrisa profesional".

Se explica la notable importancia que tiene la acción de sonreír en nuestras vidas: desarma sospechas, disuelve el temor y la ira, activa lo mejor en la otra persona y hace más fuertes los lazos personales con los demás, potencia la fe y esperanza, facilita el logro de nuestras metas, logra una mejor autoestima, auto-comprensión y entendimiento con los demás y ayuda a integrar y cohesionar el grupo familiar, laboral y social.

Se le plantea a la persona realizar un ejercicio en el que comprenderá las consecuencias de sonreír o no a los demás: Se le indica que divida la semana en "día sonrisa" y "día no sonrisa". Los días sonrisa consisten en sonreír a la mayor parte de las personas con las que se encuentre durante el día. Los "días no sonrisa", su tarea consistirá en comportarse como lo hace habitualmente, es decir, actuando con normalidad, sin forzar la sonrisa. Tiene que reflexionar sobre los efectos que ha obtenido cada uno de los días y sobre sus beneficios.

Además se recomienda buscar cada día un "momento de disfrute". Es importante que intente concentrarse y vivirlo plenamente. Después de disfrutar de "su momento" agradable,

tiene que recapacitar cómo se ha sentido. Se anima a elegir los propios PIEA's para utilizarlos diariamente y combinarlos con estos momentos de disfrute.

5.2. El bienestar psicológico y la resiliencia

Se presentan distintas estrategias para alcanzar el bienestar psicológico. Los grandes autores que han meditado sobre el tema del bienestar y la felicidad, como Bertrand Russell, insisten en que la felicidad no está asociada, simplemente, a hedonismo y disfrute de bienes materiales. La felicidad incluye alegría, pero también muchas otras emociones, algunas de las cuales no son precisamente positivas (por ejemplo, compromiso, lucha, reto, e incluso dolor).

Se explica que no se trata sólo de experimentar estados afectivos deseables, sino de albergar la idea de que uno está en el camino de conseguir los objetivos o metas que valora. Esto mismo ya fue planteado por Aristóteles con su idea central de animar a los hombres a vivir de acuerdo con su *daimon*, también en los escritos de autores de orientación humanista y existencial como Rogers, Erikson o en la jerarquía de necesidades de Maslow en la que la necesidad de autorrealización se encuentra en la parte más alta de la pirámide de necesidades.

Se explica un concepto que tiene también importantes puntos de contacto con estas ideas, el concepto de *flow*. Una persona experimenta un estado de flow cuando se encuentra totalmente absorbida por una actividad en la que se está implicando completamente. Además, mientras está realizando dicha actividad llega a perder la noción del tiempo y experimenta una enorme satisfacción.

Se puede aumentar el bienestar psicológico y la resiliencia promocionando un “entrenamiento” que:

- Fomente una evaluación positiva de uno mismo, una sensación de crecimiento continuo y de desarrollo.
- Fomente la creencia de que la propia vida tiene un propósito y un significado.
- Ayude a establecer relaciones significativas con otras personas.
- Fomente la capacidad para manejar de forma eficaz la propia vida.
- Ayude a lograr un sentido de auto-determinación, es decir, la capacidad para decidir libremente sobre nosotros mismos.

El objetivo es que la persona estructure su propio “entrenamiento” para alcanzar el bienestar.

El primer paso es ayudarlo a identificar sus propias fortalezas. Para ello se presentan las 24 fortalezas agrupadas en 6 ámbitos, estos son las Dimensiones del bienestar psicológico según el modelo de Ryff (Ver Tabla E).

Cada una de estas fortalezas es importante para distintas facetas de nuestras vidas. Unas fortalezas serán más importantes para una persona, mientras que otras resultarán centrales para otras. Todo ello depende de los intereses y metas de cada uno.

De estas 24 fortalezas, 5 se relacionan de forma fundamental con la satisfacción con la vida:

- *Gratitud*
- *Optimismo*
- *Entusiasmo*
- *Curiosidad*
- *Capacidad de amar y de ser amado*

Se invita a reflexionar sobre las 24 fortalezas y pensar en cuáles son importantes para su vida, para el logro del bienestar psicológico y la felicidad.

Tabla E. Dimensiones del bienestar psicológico según el modelo de Ryff

<p>Sabiduría y conocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Curiosidad, interés. - Ganas de aprender. - Apertura a la experiencia, tolerancia. - Perspectiva. - Creatividad, originalidad, ingenuidad 	<p>Coraje</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valor. - Honestidad/autenticidad. - Perseverancia. - Entusiasmo.
<p>Humanidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intimidad, reciprocidad. - Bondad, generosidad, naturalidad. - Inteligencia social y emocional. 	<p>Justicia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ciudadanía, lealtad, trabajo en equipo. - Imparcialidad, equidad. - Iniciativa.
<p>Moderación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdón, compasión. - Modestia, humildad. - Prudencia, cautela. - Autocontrol, auto-regulación. 	<p>Trascendencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeto. - Gratitud. - Esperanza. - Espiritualidad. - Humor.

Una vez introducido el concepto de fortalezas, se le presenta otro concepto fundamental: **los valores y metas vitales**. Resulta de vital importancia que lo que hagamos sea significativo

para nosotros, que “nos llene”, que las actividades que hagamos estén relacionadas con nuestros valores y metas en la vida. Realizar estas actividades no sólo mejora el estado de ánimo, sino que al estar relacionadas con aquellos valores que para nosotros son importantes, nos ayudan a potenciarlos y a construir la vida que deseamos.

Para afianzar los conceptos presentados se realiza un ejercicio: **Selección y Registro de Actividades ligadas a Valores y Áreas de Vida significativas**. Se presenta un ejemplo para que sirva de guía y después se facilita una tabla (Ver Tabla F) para que la persona la cumplimente con sus propias actividades significativas vinculadas a valores.

Se recomienda empezar por aquellas actividades que se consideren más fáciles y a medida que vaya completando las actividades y alcanzando pequeños logros, ir avanzando hacia aquellas actividades de dificultad intermedia y finalmente completar alguna de las actividades de mayor dificultad.

Tabla F. Registro de actividades programadas

Actividad (¿Qué actividad llevarás a cabo y con quién la compartirás?)	L	Ma	Mi	J	V	S	D

5.3. Potenciar las propias fortalezas

Se explica que el proceso de cambio que ha empezado con la realización del programa es un proceso sin fin, un proceso que le puede ocupar toda la vida, un proceso que no va a terminar nunca. Es importante pues empezar a desarrollar y potenciar las propias fortalezas, de empezar a trabajar por la vida y por el futuro.

En este punto, se enseñan otras estrategias para fomentar las fortalezas, centrando la atención en 4 de ellas (gratitud, curiosidad, valentía y esperanza) asociadas con mayores niveles de bienestar y felicidad, mayor grado de satisfacción con la vida, con experiencias interpersonales positivas y con encontrarle mayor significado a la vida.

Se explica en qué consisten y se proponen ejercicios que se pueden hacer para potenciarlas:

La **gratitud** es un sentimiento de agradecimiento y alegría por haber recibido lo que percibimos como un obsequio, ya sea un obsequio material o algo inmaterial. Mostrar agradecimiento ante las circunstancias de la vida es una estrategia psicológica muy adaptativa, ya que hace que interpretemos positivamente las experiencias cotidianas.

Se presentan algunos ejercicios que pueden ayudar a poner en marcha habilidades de agradecimiento:

Tres cosas positivas: Registra una vez al día durante una semana tres cosas positivas dignas de agradecer y sus causas. Pueden ser cosas muy pequeñas. Cada noche relea todas esas cosas que hayan ocurrido e intenta experimentar esa emoción.

Tu mejor recuerdo: Escribe algún recuerdo sobre algo positivo y gratificante en tu vida y léelo cada noche durante una semana. Intenta reflexionar sobre dicho recuerdo. Al terminar de leer, agrádecete a la vida poder tener este recuerdo. Guárdalo en tu cerebro como un tesoro.

Visita de gratitud: Escribe una carta de agradecimiento a otra persona sobre algo que haya hecho por ti. Intenta experimentar ese sentimiento de agradecimiento. Comparte la carta con esa persona.

Llegar a expresar agradecimiento. Piensa en alguna persona en tu vida que te haya ayudado o a la que quieras dar las gracias por algo, aunque nunca se lo has llegado a expresar. ¿Qué te parecería hacérselo saber? Si te resulta muy difícil, puedes escribirle primero una nota en papel, hacerle un regalo o bien, simplemente darle un beso o un abrazo.

La **curiosidad** hace que busquemos nuevas experiencias y retos. Estas nuevas experiencias y retos, sin duda, son importantes precursores del aprendizaje, el crecimiento personal y el éxito en el dominio interpersonal. Inicialmente, empezar nuevas actividades, o intentar aprender cosas nuevas, puede resultar difícil y generar cierta ansiedad. Sin embargo, la recompensa es muy importante a mediano y a largo plazo. Estas recompensas pueden ser sociales, como conocer personas interesantes; o bien materiales, como encontrar nuevas actividades interesantes, o encontrar nuevas fuentes de ingreso, etc. Pero, fundamentalmente, el placer está asociado al hecho de dominar una actividad en sí misma.

Se propone un ejercicio para aumentar su curiosidad: *busca activamente temas o actividades que te sean de interés, o que en algún momento de nuestra vida te hayan interesado.*

El **atreverse a ser valiente** es muy importante ya que la valentía es un valor universal que nos ayuda a defender aquello que vale la pena, a dominar nuestros miedos y a sobreponernos en la adversidad. En ocasiones, la valentía significa afrontar las consecuencias de nuestros actos, los productos de nuestros errores. La vida misma no es sencilla y, en ocasiones, puede ser sorprendentemente dura. La valentía es la diferencia entre hundirse o seguir nadando, bajar los brazos o seguir intentándolo.

Ayudamos a comprender que la valentía hace que, siendo personas ordinarias, podamos obtener resultados extraordinarios. Las emociones negativas (miedo, inseguridad, etc.) pueden contrarrestarse potenciando emociones positivas como la valentía. A veces, la valentía falla a corto plazo, no obtenemos un éxito inmediato, no conseguimos ahora mismo el resultado esperado; pero, probablemente, a largo plazo nuestra valentía generará resultados muy positivos.

Se presentan ejemplos de diferentes situaciones en las que se puede actuar de un modo valiente o no hacerlo. El objetivo es que la persona observe las consecuencias a corto y a largo plazo en cada uno de los casos.

La **esperanza** es un elemento central para el logro de metas y objetivos vitales. Resultan importantes las expectativas acerca del futuro, la motivación y los planes que se pueden establecer para el logro de dichas metas. La perspectiva que cada persona tiene sobre su futuro tiene una gran relevancia desde un punto de vista psicológico.

Se destacan los dos componentes diferentes de la esperanza:

Itinerarios a seguir o percepción de rutas: Es la capacidad que tenemos para encontrar caminos prácticos que nos permitan el logro de las metas: “Se puede intentar esta estrategia”, “Es posible hacer esto”.

Control o percepción de capacidad: Es la habilidad o capacidad que tenemos para iniciar y mantener una actividad dirigida a la obtención de la meta que deseamos: “Yo puedo hacer esto”, “Sé que soy capaz de hacerlo”

La esperanza es una emoción positiva que nos indica que, a pesar de no estar en la situación ideal que deseamos, podemos modificarla y acercarnos a nuestra aspiración. Se trata sólo de ver que algo es posible y trabajar por lograrlo.

Se propone un ejercicio que le ayudará a fomentar el optimismo y el afecto positivo: Concentrase en tres áreas fundamentales: el área personal, el área profesional y el área de las relaciones con los demás e intentar verse en el futuro habiendo logrado todas las aspiraciones, todas las metas, todos los sueños.

La segunda parte del ejercicio consiste en escribir un breve relato acerca de su “yo ideal en el futuro”, un relato que abarque todas esas áreas. Una vez escrito se tienen que dedicar cinco minutos todos los días a visualizarlo de la forma más clara y vívida posible.

El componente terapéutico de Psicología Positiva termina con la realización de dos ejercicios finales:

Elección de un lema de vida propio. En este ejercicio se anima a elegir un lema o proverbio que pueda ayudar y apoyar en ese proceso de cambio y desarrollo.

Se dan algunas opciones, pero recordando que siempre se pueden generar o buscar los propios lemas o proverbios:

“Viviendo y aprendiendo”.

“El hombre más rico sabe disfrutar de los grandes placeres que no le cuestan un centavo” (Henry David Thoreau).

“Felicidad no es hacer lo que uno quiere sino querer lo que uno hace” (Jean Paul Sartre).

“La vida tiene su lado sombrío y su lado brillante; de nosotros depende elegir el que más nos plazca” (Samuel Smiles).

“Un optimista ve una oportunidad en toda calamidad, un pesimista ve una calamidad en toda oportunidad” (Winston Churchill).

“Al mal tiempo, buena cara”.

“No hay mal que por bien no venga”.

“La felicidad es darse cuenta que nada es demasiado importante” (Antonio Gala).

*“Muchas personas se pierden las pequeñas alegrías mientras aguardan la gran felicidad”
(Pearl S. Buck).*

“El futuro está abierto. El optimismo es un deber” (Karl Popper).

“Hasta el viaje más largo empieza con un primer paso” (Proverbio chino).

Identificar momentos vitales de bienestar y saber mantenerlos y disfrutarlos:

Con este ejercicio se pretende que la persona aprenda a llevar a cabo un auto-registro de los episodios de bienestar que haya experimentado a lo largo del día.

Para ello se facilita una plantilla del auto-registro (Ver Tabla G) y se presenta un ejemplo para que sepa cómo hacerlo.

Tabla G: Auto-registro de experiencias De Bienestar.

SITUACIÓN	SENTIMIENTO DE BIENESTAR E INTENSIDAD	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS QUE INTERRUMPEN EL EPISODIO DE BIENESTAR	INTERPRETACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS POR PARTE DE LA PROPIA PERSONA COMO UN OBSERVADOR EXTERNO

Con este último ejercicio la persona empezará a ser consciente de la aparición de estos episodios de bienestar y de la importancia de “atrapar y disfrutar” de esos momentos flexibilizando los pensamientos, creencias y conductas que los interrumpen y perturban.

6. Prevención de recaídas

Se plantea que después de pasar por *Sonreír es Divertido* se cuenta con los conocimientos que se incluyen en cada módulo, sin embargo, queda una tarea muy importante: repasar y practicar todas las actividades que ha ido realizando. Le resultará de gran ayuda lograr dominarlas e integrarlas en su vida. Se anima pues a seleccionar las que más le han ayudado, o más le han gustado, e intentar practicarlas con frecuencia siguiendo el modelo del programa

(Ver Figura G). Este modelo ayuda a comprender como se han ido produciendo el proceso de cambio.



Figura G. Modelo del programa

Se invita a reflexionar acerca de las siguientes cuestiones: *¿Cómo quiero que sea mi futuro?, ¿Cómo quiero que sea mi vida?*. Se le explica que, para cada uno de nosotros, se abre cada mañana un día lleno de posibilidades y que a lo largo de toda la vida pueden llegar muchos nuevos días. El futuro está abierto, todo puede suceder, unas cosas serán mejores y otras serán peores. En cualquier caso, es inevitable que nos sucedan cosas nuevas. Se recuerda la frase de Víctor Frankl, "*Si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontes ese sufrimiento*". Conviene pues que nos preparemos para afrontar las situaciones cambiantes de nuestra vida, aceptando lo que venga. Con esta actitud estaremos mucho mejor preparados para hacer frente y ser capaces de modificar aquello que "podamos modificar".

Practicar y repasar todo lo trabajado durante el proceso de realización del programa le puede ayudar a adoptar una nueva actitud ante la vida y decidir cómo quiere que sea este futuro.

Por último, se propone un ejercicio que le ayudará a planificar como conseguir las metas que quiere lograr. Tiene que pensar en alguna cosa que no ha hecho y le gustaría hacer. Se le propone seguir determinados pasos que ayudarán a lograr el objetivo: 1. ¿Por qué quiero hacerlo?, 2. ¿Qué Implicaría?, 3. Situación actual, 4. Pasos a dar. Se ofrece un ejemplo para que sirva de guía.

Finalmente se recomienda no dejar de hacer “seguimientos”. Es importante mantenerse en guardia ante los estados de ánimo deprimidos. Y si éstos aparecen que no olvide poner en marcha todo lo que ha ido practicando hasta ese momento.

Se transmite nuestra confianza en que pueda seguir adelante, disfrutar de su vida y también en que intentará que disfruten todos los que la rodean. Que recuerde mantener siempre la esperanza en el futuro y sonreír (Ver Figura H).



Figura H. El futuro está abierto

ANEXO X: PLATAFORMAS DEL TERAPEUTA

Plataforma del Terapeuta: Administración de Sonreír es Divertido

Esta plataforma (Ver Figura A), a la que el terapeuta puede acceder a través del enlace: <https://www.sonreiresdivertido.com/admin>, introduciendo su Usuario y Contraseña, está dividida en 4 apartados: **Usuarios, Gestión, Tratamiento** e **Informes**. A continuación se van a explicar cada uno de ellos.

Algunas de las pestañas que aparecen en las diferentes imágenes no se explicaran, pues no se han utilizado en el presente estudio, por lo que estaban inactivas.

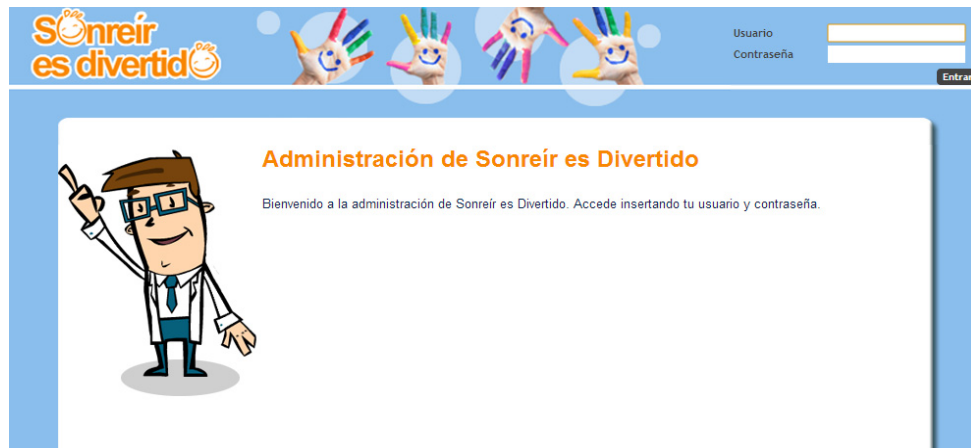


Figura A. Plataforma de Administración de Sonreír es Divertido.

- **Usuarios** (Ver Figura B)

The screenshot shows the 'Usuarios' section of the 'Sonreír es divertid@' software. The interface includes a navigation bar with 'Usuarios', 'Gestión', 'Tratamiento', and 'Informes'. Below this, there are tabs for 'Activos', 'Pendientes Screening', 'Pendientes Sensores', and 'Inactivos'. The 'Activos' tab is selected, displaying a 'Listado de Usuarios Activos' with a search bar and a table of active users.

Usuario	Estado	Ver tratamiento	Ver gestión	Desactivar
Usuario1694	pre			
Usuario1712	pre			
Usuario1937	pre			
Usuario2034	pre			
Usuario2284	pre			

Figura B. Usuarios.

Este apartado permite ver todos los Usuarios que están activos en el programa, los que están pendientes de *screening* y los que están inactivos:

Entrando en la pestaña **Activos** el terapeuta puede ver la evolución de todos los usuarios que han empezado a realizar el programa (aparece el listado en la columna con el nombre: *Usuario*). Puede saber por qué módulo va cada uno de ellos (se indica en la columna con el nombre: *Estado*). Además pulsando en el icono de la columna con el nombre: *Ver tratamiento* se accede a un informe, que tiene cada uno de los usuarios, en el que se indican los siguientes datos (Ver Figura C):

- **Gravedad al inicio del tratamiento (Valor BDI):** Puntuación del BDI-II al inicio del tratamiento.
- **Último acceso:** La fecha en la que el usuario accedió por última vez a la plataforma.
- **Módulos seleccionados:** El terapeuta puede visualizar, y modificar, los módulos seleccionados que quiere que realice el usuario.
- **Seguimiento evaluación Pre Post tratamiento:** El terapeuta puede ver las puntuaciones en los diferentes instrumentos de las evaluaciones pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimientos. El sistema calcula automáticamente las puntuaciones finales de cada instrumento y las compara con un punto de corte establecido, asignándoles a las casillas que pasan el punto de corte un color específico para que resulte más fácil identificar aquellos puntos de cambio, sean o no de mejora,

como se muestra en la Figura C. En verde se marcan los factores protectores (puntuación > 6 en alguno de los siguientes factores del *BriefCOPE*: Afrontamiento activo, Apoyo emocional, Apoyo social, Planificación, Humor, Reevaluación positiva o Aceptación) y en rojo los factores de riesgo (puntuación > 8 en OASIS, puntuación > 6 en alguno de los siguientes factores del *BriefCOPE*: Uso de sustancias, Negación y Autoinculpación y puntuación < 2 en alguno de los siguientes factores del *BriefCOPE*: Afrontamiento activo, Apoyo emocional, Apoyo social, Planificación, Humor, Reevaluación positiva o Aceptación).

- **Seguimiento evaluación Post-Módulos:** El terapeuta puede ver las puntuaciones en los diferentes instrumentos de la evaluación continua que se realiza después de cada uno de los 8 módulos (Ver Figura D). Al igual que en el punto anterior, el sistema calcula las puntuaciones de forma automática, en este caso con las evaluaciones que se realizan durante la intervención. También se marcan con color verde los factores protectores y en rojo los factores de riesgo, como se muestra en la Figura D.

Tratamiento - Usuario2031

Gravedad al inicio del tratamiento (Valor BDI): 21
 Último acceso: 27/02/2013 9:25:45
 Módulos seleccionados

m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Seguimiento evaluación Pre-Post tratamiento

		PRE	POST0	POST1	POST2	POST3
OASIS		13	0	4	2	
ODSIS		0	0	5	0	
IDEACION SUICIDA		0	0	0	0	
PANAS-rasgo	Afecto positivo	34	44	26	39	
	Afecto negativo	40	15	24	17	
BDI-II	Total	21	2	11	0	
	Item9	0	0	0	0	
BRIEF COPE	Autodistracción	7	7	5	7	

Figura C. Informe de cada Usuario.

Seguimiento evaluación Post-Módulos

		m1	m2	m3	m4	m5	m6	m7	m8
OASIS		10	10	6	9	0	3	2	0
ODSIS		6	10	6	9	0	2	1	0
IDEACION SUICIDA		0	0	0	0	0	0	0	0
PANAS-estado	Afecto positivo	24	23	31	20	28	30	40	45
	Afecto negativo	40	38	33	41	14	21	18	15

Figura D. Evaluación post módulo.

Pulsando en el icono de la columna *Ver gestión* (Ver Figura B) se accede a una ficha del usuario con los siguientes datos (Ver Figura E):

- **Tiempo del tratamiento:** El terapeuta puede modificar el tiempo. Se trata de la cantidad de tiempo que dispone el usuario de acceso al programa. Esta opción es especialmente importante para los estudios de investigación realizados, para poder establecer un tiempo fijo para todos los participantes del estudio. Este valor se puede modificar para cada usuario del sistema. En el presente estudio, todos los participantes disponían de 6 meses de acceso al programa.
- **Fecha Inicio Tratamiento:** El terapeuta puede ver el día en el que cada uno de los participantes inició el tratamiento.
- **Tiempo entre módulos:** El terapeuta puede cambiar el tiempo que considera que cada participante tiene que tener para realizar cada uno de los módulos. En el presente estudio, como se ha indicado anteriormente, a todos los participantes se les recomendó que sacarían en máximo beneficio realizando un módulo a la semana, por lo que se establecieron 7 días entre cada uno de los módulos.
- **Alarma por tiempo sin entrar.** Cada cierto tiempo sin acceder al programa el usuario recibe un correo de recordatorio avisándole que lleva tiempo sin entrar y siga adelante con la realización de los módulos. El terapeuta puede modificar el periodo de tiempo que tiene que pasar sin entrar para recibir dicho recordatorio. En este caso, los participantes recibían el correo si pasaban 6 días sin acceder a la plataforma.
- **Id Estudio:** En esta casilla el terapeuta puede escribir la condición a la que pertenece cada participante del estudio. Vemos en la figura que en *ID estudio* pone: *SonreírCon* (se refiere a que se trata de un participante de la condición Sonreír Con Apoyo por parte del terapeuta). El terapeuta puede modificar el contenido de esta celda.

The screenshot shows a web application interface with a blue header and a main content area. The header contains four tabs: 'Usuarios', 'Gestión', 'Tratamiento', and 'Informes'. The 'Gestión' tab is selected. The main content area is titled 'Gestión - Usuario1885' and contains a form with the following fields:

- Tiempo de tratamiento:** A text input field containing '6', followed by the unit 'meses'. Below it, in red text, is 'Fecha Inicio Tratamiento: 13/01/2013'.
- Tiempo entre módulos:** A text input field containing '7', followed by the unit 'días'.
- Alarma por tiempo sin entrar:** A text input field containing '6', followed by the unit 'días'.
- Sensores:** Two radio buttons, 'Si' (unselected) and 'No' (selected).
- Id Estudio:** A text input field containing 'SonreirCon'.

Figura E. Ver gestión.

Por último, pulsando en el icono de la columna *Desactivar* (Ver Figura B) se puede cambiar a los usuarios del estado activo al estado inactivo. Si algún usuario decide abandonar el estudio o el terapeuta quiere dar de baja a uno de los participantes, pulsa en *desactivar* y el sistema los trasalada al apartado de Inactivos.

- **Gestión (Ver Figura F)**

The screenshot shows the same web application interface as Figure E, but with the 'Gestión' tab selected. The main content area is titled 'Gestión' and contains a form with the following fields:

- Tiempo de tratamiento:** A text input field containing '6', followed by the unit 'meses'.
- Tiempo entre módulos:** A text input field containing '7', followed by the unit 'días'.
- Alarma por tiempo sin entrar:** A text input field containing '6', followed by the unit 'días'.
- Sensores:** Two radio buttons, 'Si' (unselected) and 'No' (selected).
- Correo Terapeuta:** A text input field containing '- -', with the label 'texto de ayuda' below it.
- Correo Información:** A text input field containing 'info@labpsitec.es', with the label 'texto de ayuda' below it.

Figura F. Gestión.

Este apartado permite gestionar, al mismo tiempo, a todos los usuarios que serán altas nuevas. Esto quiere decir, que con los valores que el administrador establezca en este apartado, serán dados de alta todos los usuarios a partir del momento en el que modifique estos datos. Luego, en la opción de gestión de cada usuario, explicada anteriormente, dichos datos pueden personalizarse. Al acceder a esta ficha, el administrador se encuentra con las siguientes opciones que puede modificar (Ver Figura F). La mayoría coinciden con las que se encuentra cuando entra en *Ver Gestión*, dentro del apartado Usuarios:

- **Tiempo de tratamiento:** Se trata de la cantidad de tiempo que dispone el usuario para acceder al programa. Con esta opción se puede establecer un tiempo fijo para todos los participantes del estudio. Como se ha referido anteriormente, en el presente estudio, todos los participantes disponían de 6 meses de acceso al programa. Aunque se les recomendó que el ritmo más adecuado era el de realizar un módulo semanal.
- **Tiempo entre módulos:** El terapeuta puede cambiar el tiempo que considera que cada participante tiene que tener para realizar cada uno de los módulos. En el presente estudio, se establecieron 7 días entre cada uno de los módulos.
- **Alarma por tiempo sin entrar.** Cada cierto tiempo sin acceder al programa el usuario recibe un correo de recordatorio avisándole que lleva tiempo sin entrar y siga adelante con la realización de los módulos. El terapeuta puede modificar el periodo de tiempo que tiene que pasar sin entrar para recibir dicho recordatorio. En este caso, los participantes recibían el correo si pasaban 6 días sin acceder a la plataforma.
- **Correo Terapeuta:** En esta celda el terapeuta puede introducir su correo electrónico. A ese correo le llegan las alarmas (correos) indicándole que un usuario ha puntuado en el ítem de suicidio (> de 2 en el ítem de suicidio del BDI-II o > de 3 en el ítem de suicidio creado ad hoc para este estudio), que ha terminado el programa de tratamiento y ha hecho la evaluación post-tratamiento o que ya ha agotado su tiempo de tratamiento por lo que ya no podrá acceder al programa.
- **Correo Información:** En esta celda se introduce el correo al que pueden escribir los usuarios si tienen alguna pregunta o quieren solucionar algún problema relacionado con la realización del programa.

- **Tratamiento** (Ver Figura G)

Módulos	Perfil 1 (BDI >= 18)	Perfil 2 (BDI < 18)
m1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
m2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
m3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
m4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
m5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
m6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
m7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
m8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Figura G. Tratamiento.

Este apartado permite al terapeuta seleccionar los módulos a los que quiere que puedan acceder los usuarios. Están definidos dos perfiles de usuario:

- Perfil 1: Con una puntuación en el BDI-II igual o mayor a 18
- Perfil 2: Con una puntuación en el BDI-II menor a 18

Esto está pensado para poder adaptar los módulos que tiene que hacer cada paciente dependiendo de su puntuación en el BDI-II. En el presente estudio todos los participantes de los grupos de intervención hicieron los 8 módulos.

- **Informes** (Ver Figura H)



Figura H. Informes.

Este apartado permite descargar diferentes informes de los datos que se recogen dentro del programa:

1. PRE-POST: En este informe se obtienen los datos de las evaluaciones pre-tratamiento y post-tratamiento de todos los usuarios.

2. POST MÓDULOS: En este informe se obtienen los datos de las evaluaciones post-módulos de todos los usuarios.

3. DA- TRATAMIENTO: Este informe ofrece los datos del Diario de Actividad cuantitativos. Estos son: Estado de ánimo, estrés y capacidad de afrontamiento (en una escala del 0 al 10), número de veces que la persona ha realizado el Diario de Actividad, número de actividades realizadas a lo largo del día, el grado de satisfacción con las mismas y el grado en que están relacionadas con sus valores y metas. También se obtiene el porcentaje del día en que ha estado activo cada uno de los participantes.

4. DA- CUALIATIVO: Este informe ofrece Datos en el Diario de Actividad cualitativos. Es decir, todas las aquellas actividades que la persona introduce en el apartado "otras" del Diario de Actividad.

Si el terapeuta pulsa en el icono que aparece en la columna *Descargar*, automáticamente recibe en su correo electrónico del informe con los datos.

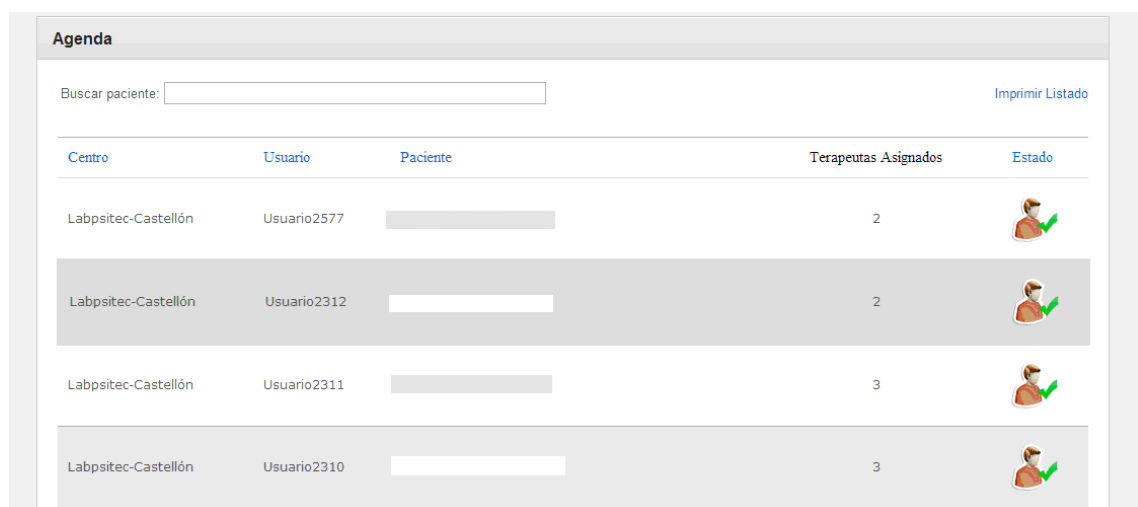
Plataforma del Terapeuta: Gestión de usuarios

En esta plataforma el terapeuta accede a los datos personales de todos los usuarios que están utilizando el programa Sonreír es Divertido.

Lo primero que el terapeuta visualiza cuando accede a la plataforma es una **Agenda** con los siguientes datos (Ver figura I):

- **Centro:** Se especifica a qué centro corresponde el Usuario. En el presente estudio todos los usuarios corresponden al centro: Labpsitec-Castellón
- **Usuario:** Este número de usuario coincide con el de la Plataforma de Administración de Usuarios, explicada anteriormente.
- **Paciente:** Se especifica el nombre y los apellidos de cada uno de los participantes.
- **Terapeutas asignados:** Cada usuario tiene uno o varios terapeutas asignados que son los que pueden acceder a toda su información en la Plataforma de Administración de Usuarios, explicada anteriormente.
- **Estado:** Muestra si el usuario está en estado activo (tic verde) o en estado inactivo (cruz roja). Se ha explicado anteriormente que el estado de cada uno de los usuarios se cambia en la Plataforma de Administración de Usuarios.

Además está la opción de *Buscar pacientes* para que el terapeuta pueda acceder directamente a la información del usuario que quiere consultar. Y la opción de *Imprimir Listado* para imprimir la información de los usuarios.



The screenshot shows a web interface titled "Agenda". At the top left, there is a search bar labeled "Buscar paciente:". To the right of the search bar is a link that says "Imprimir Listado". Below the search bar is a table with the following columns: "Centro", "Usuario", "Paciente", "Terapeutas Asignados", and "Estado". The table contains four rows of data, each representing a user. The "Estado" column contains a small icon of a person with a green checkmark, indicating they are active.

Centro	Usuario	Paciente	Terapeutas Asignados	Estado
Labpsitec-Castellón	Usuario2577	[Redacted]	2	[Active]
Labpsitec-Castellón	Usuario2312	[Redacted]	2	[Active]
Labpsitec-Castellón	Usuario2311	[Redacted]	3	[Active]
Labpsitec-Castellón	Usuario2310	[Redacted]	3	[Active]

Figura I. Agenda.

Pulsando encima del nombre de un participante se accede a todos sus datos personales (Ver Figura J):

- **Login:** Es el Usuario que tiene que poner cada participante para poder acceder al programa (Ej: LoginXXX).
- **Id Paciente:** Este número es el Usuario que tiene cada uno de los participantes en la Plataforma de Administración de Usuarios, explicada anteriormente. Así el terapeuta puede asociar los datos clínicos (de la Plataforma de Administración de Usuarios) de cada participante con sus datos personales. Pero lo importante es que los datos personales se encuentran en una plataforma distinta, cumpliendo así con la Ley de Protección de Datos.
- Aparecen los datos personales siguientes de cada participante: **Nombre y Apellidos, DNI, E-mail, teléfono fijo, teléfono móvil, ciudad, provincia, país, dirección, código postal, fecha de nacimiento y sexo.**

El formulario muestra los datos personales de un participante. En la parte superior izquierda hay un ícono de perfil con el texto "Cambiar Foto" debajo. A la derecha del ícono se muestran "Login: Login773" e "Id Paciente: Usuario2311". El formulario contiene los siguientes campos:

* Nombre:	<input type="text"/>	* Apellidos:	<input type="text"/>	DNI:	<input type="text"/>
* E-mail:	<input type="text"/>	Teléfono Fijo:	<input type="text"/>	Teléfono Móvil:	<input type="text"/>
Ciudad:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Código Postal:	<input type="text"/>		
Fecha nacimiento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="text"/>		

Figura J. Datos personales

Además, se pueden cambiar los terapeutas asignados a cada participante.

Por último, ofrece la opción de resetear la contraseña (por correo electrónico o por SMS) si el participante informa que ha tenido problemas para acceder al programa (Ver Figura K). Pulsando en estos botones el participante recibe un correo o un mensaje de texto con los pasos a seguir para crear una nueva contraseña.

ADMINISTRACIÓN DE LA CUENTA

Nº accesos erróneos:	<input type="button" value="Resetear Accesos"/>	0
Resetear contraseña:	<input type="button" value="Reset Mail"/> <input type="button" value="Reset SMS"/>	*****

Figura K. Reseteo de contraseña

Finalmente se va a explicar cómo dar de alta a un usuario para que pueda acceder al programa.

Para dar de alta a un nuevo usuario se debe acceder a la plataforma Administración de Sonreír es Divertido, explicada anteriormente, a través del enlace: <https://www.sonreiresdivertido.com/admin>, pero en este caso con un usuario de Coordinador (no de Terapeuta). Este usuario visualiza la opción de Crear usuario (Ver Figura L), además de las opciones disponibles para el usuario Terapeuta (Activos, Pendientes de *Screening*, Inactivos, etc.) descritas en apartados anteriores.



Figura L. Crear un nuevo usuario.

El coordinador debe hacer clic en la opción Crear usuario y completar los datos que aparecen en la ficha del sistema: Nombre, Apellido, Teléfono, Mail, DNI/ NIE/ PASAPORTE, Observaciones (Ver Figura M).

Figura M. Ficha de alta de un nuevo usuario.

Todos los datos, a excepción del campo Observaciones, son obligatorios. Una vez completada la ficha, el sistema verifica que los datos de Mail y DNI/ NIE/ PASAPORTE no hayan sido cargados previamente para otro usuario. Si detecta alguna coincidencia con un usuario ya cargado, pide modificar los datos en este nuevo usuario. Si se trata de un usuario nuevo, entonces muestra una pantalla donde el usuario recién dado de alta se encuentra en la lista Pendientes de *Screening* (Ver Figura N).

Usuario	Ver gestión	Aceptar	Excluir
Usuario2794			

Figura N. Usuarios Pendientes de Screening.

En este momento, el sistema ha cargado los datos del usuario y le ha asignado un número (Ej: Usuario2794). Este número es el que el terapeuta visualizará cuando ingrese en la plataforma Administrador Sonreír es Divertido para consultar los datos clínicos del

participante. Simultáneamente el sistema asigna un número de Login (Ej: LoginXXX) que, como se indicó anteriormente, es el que el usuario utilizará para ingresar al programa.

El último paso es activar el usuario, para que reciba al correo electrónico que hemos ingresado, un email de bienvenida con las instrucciones para poder utilizar el sistema y generar una contraseña. Para ello, el coordinador debe hacer clic en la opción de Aceptar (Ver Figura N), pasando de esta manera el usuario a estar en la pestaña de Activos. Al mismo tiempo, el Coordinador debe asignarle a este nuevo usuario un terapeuta, como se ha indicado, desde la plataforma de Gestión de Usuarios.

ANEXO XI: HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO. SONREÍR ES DIVERTIDO Labpsitec, 2011

Tu participación en este estudio implica el acceso al programa **Sonreír es Divertido**. El objetivo de este programa es permitir que las personas que lo utilicen aprendan herramientas que les permitan aumentar su capacidad de resistir situaciones complicadas y estresantes de la vida cotidiana.

Sabemos que la manera de afrontar estas situaciones está fuertemente asociada al posterior desarrollo de problemas emocionales.

Sonreír es Divertido consta de 8 módulos. En cada módulo aprenderás diferentes técnicas muy potentes que te ayudarán a conseguir nuevas habilidades para mejorar tu estado de ánimo y adaptarte de manera más flexible a las situaciones complicadas que aparezcan en tu día a día. Este programa lo podrás realizar desde tu casa, totalmente auto-aplicado a través de Internet.

En el estudio habrá tres grupos: Dos de los grupos tendrán acceso al programa Sonreír es Divertido en los próximos días. El tercer grupo tendrá acceso al programa dentro de 12 semanas.

La asignación a cada uno de los grupos será aleatoria. Te informaremos por teléfono a cuál de los tres grupo perteneces.

Solicitamos tu colaboración para contestar a una batería de cuestionarios. El tiempo requerido para cumplimentar todos los instrumentos es de aproximadamente 30 minutos.

Acepto de manera libre mi participación en el estudio: "Sonreír es Divertido"

Entiendo la naturaleza y el propósito de los procedimientos que entrañan el presente estudio que se me han comunicado previamente.

Entiendo que la investigación está diseñada para promover el conocimiento científico y que la Universitat Jaume I de Castellón usará los datos que yo le proporcione sólo y exclusivamente para esta investigación.

Entiendo que los datos que proporciono serán considerados como confidenciales. Mi nombre o cualquier otra información no se harán públicos en ninguna presentación o publicación de la investigación. El procesamiento y uso de mis datos anónimos se llevará a cabo y se almacenará en papel y en formato electrónico durante 15 años.

Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación y sin ningún tipo de inconveniente para mí.

Entiendo que la Universitat Jaume I de Castellón puede usar los datos recogidos en este proyecto para un proyecto de investigación posterior pero que las condiciones bajo las cuales he proporcionado la información seguirán siendo las mismas.

Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS:

DNI:

Fecha y Lugar:

Firma del participante:

ANEXO XII: HOJA DE RECIBÍ

**RECIBÍ. SONREÍR ES DIVERTIDO
Labpsitec, 2011**

Hago constar que he recibido del grupo de investigación LABPSITEC de la Universitat Jaume I, la cantidad de 15 EUROS en concepto de participación en el estudio Sonreír es Divertido

Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS:

DNI:

Fecha y Lugar:

Firma del participante:

ANEXO XIII: CONSENTIMIENTO INFORMADO ONLINE

CONSENTIMIENTO INFORMADO ONLINE. SONREÍR ES DIVERTIDO Labsitec, 2011

Estimado/a participante de Sonreír es Divertido. A través de este correo podrás responder a los cuestionarios online de los que te hablamos. El motivo por el que este correo es tan largo es porque tiene la función de informarte de las condiciones con las que se lleva a cabo el estudio. De esta manera si decides continuar adelante e implicarte solamente tienes que acceder al enlace de los cuestionarios y responderlos. Si por el contrario quisieras no continuar con el estudio solamente tienes que acceder al enlace que aparece al final de este correo.

Lee con atención lo que viene a continuación, es la explicación del estudio: Tu participación en este estudio implica el acceso al programa Sonreír es Divertido. El objetivo de este programa es permitir que las personas que lo utilicen aprendan herramientas que les permitan aumentar su capacidad de resistir situaciones complicadas y estresantes de la vida cotidiana. Sabemos que la manera de afrontar estas situaciones está fuertemente asociada al posterior desarrollo de problemas emocionales. Sonreír es Divertido consta de 8 módulos. En cada módulo aprenderás diferentes técnicas muy potentes que te ayudarán a conseguir nuevas habilidades para mejorar tu estado de ánimo y adaptarte de manera más flexible a las situaciones complicadas que aparezcan en tu día a día. Este programa lo podrás realizar desde tu casa, totalmente autoaplicado a través de Internet.

En el estudio habrá tres grupos. Dos grupos tendrá acceso al programa Sonreír es Divertido en los próximos días. El otro grupo dentro de unas 12 semanas. La asignación a cada uno de los grupos será aleatoria. Te informaremos por teléfono a qué grupo perteneces. Antes de continuar lee también esta información, es el consentimiento informado que aceptarás si continúas adelante: Entiendo la naturaleza y el propósito de los procedimientos que entrañan el presente estudio que se me han comunicado previamente. Entiendo que la investigación está diseñada para promover el conocimiento científico y que la Universitat Jaume I de Castellón usará los datos que yo le proporcione sólo y exclusivamente para esta investigación. Entiendo que los datos que proporciono serán considerados como confidenciales. Mi nombre o cualquier otra información no se harán públicos en ninguna presentación o publicación de la investigación. El procesamiento y uso de mis datos anónimos se llevará a cabo y se almacenará en papel y en formato electrónico durante 15 años. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación y sin ningún tipo de inconveniente para mí. Entiendo que la Universitat Jaume I de Castellón puede usar los datos recogidos en este proyecto para un proyecto de investigación posterior pero que las condiciones bajo las cuales he proporcionado la información seguirán siendo las mismas.

Si has decidido que quieres responder a los cuestionarios online y formar parte del estudio este es el enlace al que tienes que ir: <https://es.surveymonkey.com/s.aspx>

Si has decidido que no quieres continuar adelante puedes hacer clic en el siguiente enlace con total libertad: <https://es.surveymonkey.com/optout.aspx>
En cualquiera de los dos casos muchas gracias por tu atención.

ANEXO XIV: MANUAL DE USO DEL PROGRAMA

SONREÍR ES DIVERTIDO. MANUAL DE USO.

1.- Acerca de Sonreír es Divertido.

2.- El acceso a Sonreír es Divertido.

- **Crear un usuario.**
- **Navegar por el programa.**

3.- ¿Qué vas a encontrar en Sonreír es Divertido?

- **La estructura del programa. La importancia de las tareas**
- **Las herramientas de Sonreír es Divertido.**
 - **El Diario de Actividad**
 - **¿Cómo Estoy?**
 - **El Calendario**
 - **Los registros**

4.- Preguntas frecuentes.

5.- Cuestiones importantes.

1.- Acerca de Sonreír es Divertido.

Sonreír es Divertido es un programa de prevención y tratamiento de los trastornos emocionales de gravedad moderada. Está preparado para ser aplicado a través de Internet. Su objetivo es permitir que las personas que lo utilicen aprendan estrategias que les permitan aumentar su capacidad de resistir situaciones complicadas y estresantes de la vida cotidiana. Sabemos que la manera en que afrontamos dichas situaciones está fuertemente asociada con el posterior desarrollo de problemas emocionales. Sonreír es Divertido incorpora técnicas psicológicas que han demostrado ser eficaces para prevenir y tratar la depresión. Además, ayuda a fortalecer las defensas psicológicas y la resiliencia, esto es, la capacidad de hacer frente y recuperarse de los momentos difíciles de la vida.

2.- El acceso a Sonreír es Divertido.

Te hemos dado de alta en el Programa Sonreír es Divertido. Te habrá llegado un correo con tu enlace.

Una vez recibas el correo y accedas al enlace, tendrás que generar una contraseña. En esta misma pantalla verás tu usuario (ejemplo: LoginXXX).

La contraseña deberá estar compuesta por 8 caracteres. Recuerda que es privada, no se la des a nadie. Nosotros nunca te pediremos.

Podrás acceder al programa desde la página principal de Sonreír es Divertido (<http://www.sonreiresdivertido.com>).



- **Navegar por el programa.**

Desde el ordenador de tu casa podrás utilizar sin problemas Sonreír es Divertido. Está adaptado para que puedas acceder al programa mediante los principales navegadores de Internet. Seguramente, no tendrás ningún problema con el navegador que tienes instalado en tu ordenador. Pero, si no puedes acceder correctamente intenta descargarte cualquiera de los siguientes: Google Chrome, Mozilla Firefox o Microsoft Explorer.

El manejo de Sonreír es Divertido es idéntico al de la mayoría de las páginas Web. No tienes que preocuparte por nada más que leer con atención todo lo que Sonreír es Divertido te va a ir mostrando e y guiando acerca de lo que hay que hacer. En cada página te indicará las acciones que puedes llevar a cabo y te mostrará claramente cómo hacerlo.

- **Llamada telefónica y mensajes de apoyo:**

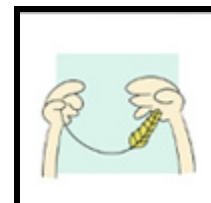
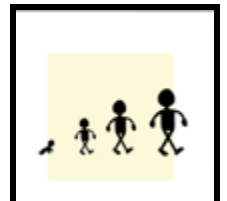
Por la condición de tratamiento a la que has sido asignado recibirás apoyo por parte del terapeuta: Una llamada telefónica semanal que tendrá una duración de breve de 2-3 minutos y su objetivo será únicamente valorar si todo va bien respecto al uso del programa y guiarte dependiendo de cómo vas avanzando a través de éste. Además recibirás dos mensajes de texto semanales a tu teléfono móvil donde se te recordará la importancia de realizar las tareas de los diferentes módulos y la conveniencia de realizar el diario de actividad cada día.

3.- ¿Qué vas a encontrar en Sonreír es Divertido?

- **La estructura del programa.**

Sonreír es Divertido consta de 8 módulos. En cada módulo aprenderás diferentes técnicas que te ayudarán a conseguir nuevas habilidades para mejorar tu estado de ánimo y afrontar de manera más flexible las situaciones complicadas que aparezcan en tu día a día. El programa te presentará todas las técnicas y las explicaciones por medio de texto, de viñetas o de vídeos. Además, podrás ver los vídeos y leer las explicaciones tantas veces como quieras.

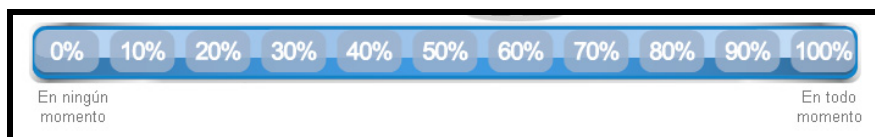
No obstante, con conocerlas no basta, para aprender las técnicas vas a tener que practicar. Al final de cada módulo encontrarás ejercicios y tareas para que pongas en práctica lo que has leído y lo puedas incorporar a tu vida cotidiana. Los ejercicios es un aspecto muy importante de Sonreír es Divertido. Como verás, el programa no es una página web en la que puedes navegar con la vista y te olvidas de ella al desconectar; sino un potente programa de prevención y tratamiento de los problemas emocionales pensado para que aprendas habilidades nuevas, habilidades que te ayudarán, sólo si las pones en práctica. Es importante que practiques tantas veces como te sea posible con las tareas que se te propondrán en cada módulo para adquirir dichas habilidades



Aparte de los módulos, Sonreír es Divertido tiene también una serie de herramientas pensadas para ayudarte. A continuación te las presentamos brevemente.

- **Las herramientas de Sonreír es Divertido:**

El Diario de Actividad: Está diseñado para que **prestes atención a las actividades que realizas cotidianamente, a qué dedicas el tiempo y cómo influye esto en tu estado de ánimo.** El programa te pedirá que indiques, en base a una lista general de posibles actividades que hayas realizado, el grado de **satisfacción** que cada actividad te ha supuesto y **en qué medida están relacionadas con tus objetivos y valores de vida.** Finalmente, tendrás que señalar el **porcentaje del día que has estado activo** o implicado en tu vida (las últimas 24 horas).



ES MUY IMPORTANTE QUE REALICES EL DIARIO DE ACTIVIDAD TODOS LOS DÍAS.

Aquí puedes ver un ejemplo de Diario de Actividad mientras se va completando.

INFORME

A continuación se muestra el grado de relación de las actividades que has realizado en las últimas 24 horas. Si crees que alguna no aparece representada, repite este informe y podrás añadir más actividades.

Señala una actividad y en relación a ella señala el porcentaje de realización. También señala en qué grado la actividad realizada está relacionada con tu vida. Pulsa **Guardar** cuando termines.

Señala una actividad y en relación a ella señala el porcentaje de realización. También señala en qué grado la actividad realizada está relacionada con tu vida. Pulsa **Guardar** cuando termines.

Repite este informe y podrás añadir más actividades.

- Conversar
- Jugar a algo
- Ver TV
- Escuchar música
- Escuchar la radio
- Usar el ordenador en casa
- Leer
- Actividades relajantes
- Actividades de autocuidado
- Hacer ejercicio
- Caminar, pasear
- Actividades sexuales, hacer el amor
- Descansar, dormir
- Rezar, meditar
- Comer
- Tareas de la casa

Satisfacción:

Valores:

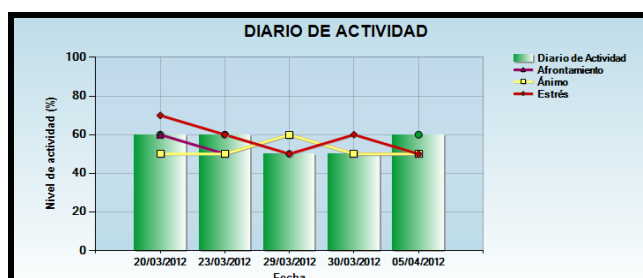
Eliminar	Actividad	Satisfacción	Valores
✗	Caminar, pasear	7	5
✗	Escuchar la radio	8	8
✗	Tareas de la casa	3	2

RECUERDA: LO QUE SABES ACERCA DE TI PUEDE AYUDARTE.

¿Cómo estoy?: Es un apartado del programa diseñado para proporcionarte **información y feedback** acerca de tu progreso a lo largo del programa.

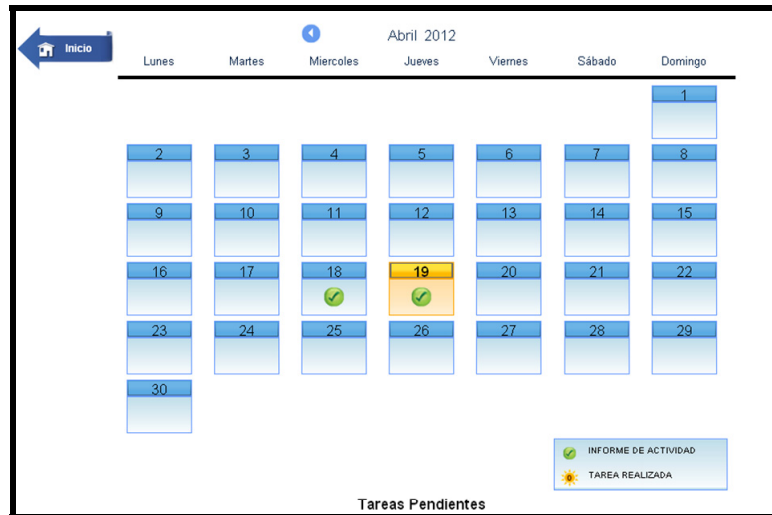


En **¿Cómo estoy?** podrás ver un aspecto fundamental del Diario de Actividad: la **relación entre tu estado de ánimo, el porcentaje de actividades que llevas a cabo al día, los niveles de estrés y tu capacidad de afrontamiento.**



También en ¿Cómo Estoy? Podrás ver los datos de tu evolución desde que empezaste a utilizar Sonreír es Divertido. En el apartado **Evolución General y Evaluación** podrás ver la evolución de tu **nivel de actividad, de malestar emocional** (ansiedad y tristeza) y la intensidad de tu emocionalidad **positiva** (activo, ilusionado, con energía, con vitalidad, etc.) **y negativa** (disgustado, con miedo, estresado, tenso, malhumorado, etc.) a lo largo del programa.

El Calendario: Esta herramienta te proporcionará información acerca de tus avances a lo largo del programa. Te permitirá saber **en qué lugar te encuentras, lo que te falta para terminar** y te dará *feedback* sobre las **tareas que ya has realizado y las que aún tienes pendientes**. Puedes emplear El Calendario para planificar el uso de Sonreír es Divertido.



Los Registros: A lo largo de todo el programa Sonreír es Divertido te pediremos que respondas a una serie de preguntas acerca de tu estado de ánimo, tus emociones, y tu capacidad de hacer frente a los problemas. **Responder con sinceridad te ayudará a tomar conciencia de tus respuestas emocionales** y te permitirá conocerte mejor.

Vas a empezar con una primera evaluación inicial. Una vez la finalices no podrás acceder de nuevo al programa hasta pasadas 24 horas. Es la única vez que tendrás una restricción de acceso al programa. El objetivo de esta evaluación inicial es conocer tu estado emocional cuando empiezas el programa. Esto es muy útil para ti, ya que cuando finalices el programa volverás a tener la misma evaluación. Así podrás conocer hasta qué punto te ha ayudado Sonreír es Divertido

Al finalizar cada módulo el programa te pedirá que realices una breve evaluación, de esta manera podrás ver si experimentas cambios a medida que apliques las estrategias que vas a aprender a la largo del programa.

Unos meses después de terminar el programa te pediremos de nuevo que realices unas pequeñas evaluaciones de seguimiento. Lo que esperamos es que los cambios que realices y los beneficios que obtengas no sean algo pasajero, por eso es muy importante que pasado un tiempo después de acabar Sonreír es Divertido realices de nuevo la evaluación. Es la única forma de saber cómo te encuentras. Tus respuestas además de ayudarte a ti, también resultarán de gran utilidad para ayudar a que otras personas se beneficien del programa.

4. - Preguntas frecuentes

1. No he recibido el correo electrónico de confirmación, ni los datos para entrar en la Web de Sonreír es Divertido.

Una vez registrado/a, ya sea que lo haya hecho la persona del equipo que ha contactado contigo o lo hayas hecho por la Web, recibirás un link en tu correo electrónico en el que se te indicarán los pasos a seguir para poder acceder a la Web. Este correo electrónico hace referencia al proyecto "Sonreír es Divertido".

En caso de no recibirlo, por favor, revisa la carpeta "Spam" de tu correo electrónico y/o ponte en contacto con info@labpsitec.es para indicar que no lo has recibido.

2. No puedo registrarme en la Web de Sonreír es Divertido y solicitar mi contraseña.

La Web funciona correctamente a través de los principales navegadores (*Mozilla-Firefox, Explorer, Google Chrome*). Sin embargo, es muy importante acceder a la Web a través de un PC o portátil y no a través de los navegadores de los teléfonos móviles, ya que en éstos, el sistema podría no funcionar correctamente.

3. No puedo entrar en la Web de Sonreír es Divertido.

- Asegúrate de poner tu usuario tal cual como se te ha enviado por correo electrónico (*por ejemplo: "LoginXXX"*).
- Asegúrate de poner tu contraseña tal cual la has registrado.
- Asegúrate de presionar botón "Entrar" y no el botón "Registrarse".

4. Al entrar en la Web de Sonreír es Divertido, me pide registrarme nuevamente.

- Asegúrate de que te encuentras en la página principal de acceso (<http://sonreiresdivertido.com>) y no en la Web de registro.
- Asegúrate de que después de poner tu usuario y contraseña has seleccionado el botón "Entrar" y no el botón "Registrarse".

5. No recuerdo mi contraseña o me dice que no estoy introduciendo la contraseña correcta.

Puedes generar una nueva contraseña a través del botón "Recordar Contraseña" de la Web de Sonreír es Divertido. Se te enviará por correo electrónico el link para restablecer tu contraseña.

Pasos a seguir para generar una nueva contraseña:

Por favor, realiza los siguientes pasos:

1. Ve a la página principal del sistema <https://www.sonreiresdivertido.com>
2. Has clic en donde dice "Recordar contraseña".
3. Introduce el email con el que te has dado de alta en el sistema.
4. Recibirás un email con un enlace. Al pinchar en él podrás ingresar una nueva contraseña.

(Debes ingresar a cambiar la contraseña dentro de las siguientes 48 hs de haber recibido el email. Si no puedes ingresar en ese tiempo, debes volver a realizar estos pasos). Por favor, si continuas con la dificultad, avísanos.

6. He terminado la evaluación inicial, pero no puedo entrar en la Web de Sonreír es Divertido.

Una vez terminada la evaluación inicial, debes esperar por lo menos 24 horas para poder volver entrar en la Web (por ejemplo si la evaluación la terminaste a las 16:43h del lunes, podrás volver a entrar a partir de las 16:43h del martes). Esto será así en esta única ocasión, a partir de ese momento, podrás entrar en la Web cada vez que lo desees.

7. No puedo visualizar los videos.

Es posible que tu navegador no tenga los plugins o codecs necesarios. No te preocupes, para poder visualizar los videos, descarga el software que la misma Web de Sonreír es Divertido te recomienda instalar para poder visualizarlos.

8. No tengo muy claro cómo usar la Web de Sonreír es Divertido.

- Lee las instrucciones que se te presentan en cada uno de los módulos y los videos de ejemplo.
- Envía tus dudas por correo electrónico a: info@labpsitec.es

9. No tengo muy claro lo que tengo que hacer en los ejercicios.

En la Web de Sonreír es Divertido, encontrarás diferentes videos de ayuda que te explicarán lo que tienes que hacer en cada uno de los ejercicios, así mismo, encontrarás diversos ejemplos de cómo realizarlos.

10. No tengo impresora para imprimir los ejercicios

No te preocupes, puedes hacer los ejercicios en un folio, libreta o cuaderno siguiendo el modelo de los PDF.

11. He dejado unos minutos sin utilizar la Web de Sonreír es Divertido y luego no puedo seguir trabajando.

No te preocupes, esto es totalmente normal, ya que cuando la Web detecta que ha pasado un tiempo sin que haya actividad, por seguridad y confidencialidad, se cierra. Solo tienes que volver a entrar con tu usuario y contraseña.

5.- Cuestiones importantes.

Te recomendamos que te implique a fondo con Sonreír es Divertido, que no seas un espectador pasivo. Recuerda, para adquirir las nuevas habilidades es necesario que practiques todo lo que puedas.

Podrás ver y repetir tantas veces como quieras los contenidos de los módulos. Asegúrate de comprender bien lo que te explican. Es muy importante para poder beneficiarte del programa.

Planifica tu uso de Sonreír es Divertido. Intenta realizar el Diario de Actividad cada día. Te dará información muy valiosa acerca de ti mismo.

Ahora bien, no entres en el programa para realizar un módulo si solamente tienes 5 minutos y vas agobiado. Reserva algún momento a la semana para entrar con tranquilidad y comprender todo lo que te presente. Es importante entrar al menos una vez a la semana.

No quieras correr antes que andar. Sonreír es Divertido está pensado para que lo utilices en unas 12 semanas. No ganarás nada por ver y hacer todo el programa en un fin de semana. Se

paciente y asegúrate de realizar las actividades que se te propongan en cada módulo antes de pasar al siguiente.

Recuerda que tienes un correo de contacto por si encuentras problemas con alguna parte de la web: info@labpsitec.es.

Sonríe. A veces cuesta, unas veces tendrás más motivos y otras veces menos. Pero conviene practicar la sonrisa, es muy beneficiosa. Te fortalecerá a ti y ayudará también a quienes te rodean.



ANEXO XV: MENSAJE DE BIENVENIDA AL PROGRAMA

Enhorabuena, te felicitamos por dar el primer paso para solucionar tu problema. El proceso de registro en Sonreír es Divertido ha sido completado con éxito. Cuando entres te pediremos que elijas una contraseña. Procura no olvidarla y recuerda: No se la tienes que dar a nadie y nosotros no te la pediremos bajo ningún concepto.

Te acompañaremos durante todo el proceso, facilitándote todas las instrucciones necesarias. De manera que si tienes alguna duda puedes escribirnos a la dirección de correo: info@labpsitec.es. Recuerda que puedes realizar este programa al ritmo que tú necesites pero sacarás el máximo beneficio realizando un módulo a la semana. Dispones de un máximo de 6 meses de acceso al programa, para poder repasar la información de los diferentes módulos. Pasado este tiempo no podrás acceder al programa de tratamiento a través de la web. Pero conservarás tu usuario y contraseña para poder realizar evaluaciones de seguimiento desde esta misma web. Las evaluaciones se realizarán a los 3 meses, a los 6 y al cabo de un año. Ayudarás a muchas personas al cumplimentar los datos que te pidamos en estos seguimientos. Esta información nos permite conocer la eficacia del tratamiento y, sin duda, nos ayudará a mejorarlo.

Para comenzar a utilizar Sonreír es Divertido pincha en el siguiente enlace:

.....

Recibe nuestra más cordial bienvenida
Labpsitec

ANEXO XVI: COMENTARIOS Y OPINIONES CUALITATIVAS DE LOS PARTICIPANTES EN RELACIÓN A LOS ASPECTOS EVALUADOS EN LA ENTREVISTA TELEFÓNICA

1. Opiniones y comentarios cualitativos de los participantes relacionados con el Diario de Actividad:

<i>"Te sirve para planificar y observar las cosas de diferente manera".</i>
<i>"Te ayuda a reflejar cosas de las que no te das cuenta y a ser consciente de aquello que haces".</i>
<i>"Te hace reflexionar sobre lo que has hecho en el día. Te hace pensar en el tiempo que dedicas a ti misma y el que no".</i>
<i>"Te ayuda a darte cuenta de las actividades que te benefician (potenciar esas) y las que no"</i>
<i>"Te ayuda a ver la relación entre las actividades que haces y cómo te sientes".</i>
<i>"Antes de empezar a hacerlo no pensaba que sería tan útil y cuando acabé lo vi reflejado en la gráfica y había aumentado las actividades. Me ha gustado verlo reflejado gráficamente".</i>
<i>"Me hizo ver el tiempo que estaba perdiendo de mi vida (inactivo). Cuando empecé el programa hacía un % muy bajo de actividad. El diario de actividad me ayudó a cambiar la actitud. Ahora estoy mucho más activo".</i>
<i>"Te hace pensar: muy activa he estado mejor, poco activa peor. Ves la relación entre la actividad y el estado de ánimo".</i>
<i>"Te sirve para darte cuenta y ser más consciente de las cosas que haces a diario y que antes no le prestabas atención".</i>
<i>"Me ayudaba a darme cuenta que cuando estaba muy activa me influía en el estado de ánimo".</i>
<i>"Te ayuda a ver que las actividades de día a día influyen mucho en cómo te sientes. Te das cuenta y haces más cosas."</i>
<i>"Te ayuda a darte cuenta que en el día a día hay cosas que pueden ser especiales. Que hay cosas del día a día que son bonitas y valen la pena".</i>
<i>"Me pareció muy útil ponerme a pensar lo que hacía y valorar lo que me gustaba".</i>
<i>"Cuando lo hacía era un repaso mental más objetivo. Las cosas que hacía que me gustaban mucho las volvía a hacer. Me ayudó a elegir o rechazar aquellas actividades que quería hacer"</i>
<i>"Ayuda a ver de que disfrutas cada día y de que no".</i>

<i>"Te sirve para hacer más actividades y estar mejor".</i>
<i>"Te hacía reflexionar sobre lo que habías hecho durante el día. La importancia de hacer las actividades agradables".</i>
<i>"Me resultó útil para darme cuenta de cosas que no valoraba (dar un paseo, ver una película, comer, etc.)".</i>
<i>"Me ayudó a darme cuenta de las cosas que les daba menos importancia y realmente la tenían. Te fijas en las que haces y las que no. Las cosas insignificantes importan más."</i>
<i>"Me sirvió para repasar las cosas que hacía y ver por qué estaba más deprimido. Me sirvió para darme cuenta de las cosas que me deprimían".</i>
<i>"Al plasmarlo allí te vas dando cuenta por qué te sientes mal y por qué te sientes bien".</i>
<i>"Me daba cuenta de que valor tenía cada actividad que hacía y dependiendo de eso la repetía o no. Era consciente de las cosas con las que me había sentido mejor o peor y dependiendo de eso al día siguiente las volvía a hacer o no".</i>

2. Opiniones y comentarios cualitativos de los participantes relacionados con la utilidad de poder repasar la información de los diferentes módulos:

<i>"Te sirve de recordatorio y ayuda en cualquier circunstancia en que lo necesites".</i>
<i>"Siempre viene bien volver a leerlo y repasarlo porque la primera vez te sueles quedar con los aspectos generales".</i>
<i>"Así no se olvidan tanto las cosas. Repasar los puntos importantes ayuda a retenerlos más".</i>
<i>"Siempre puedes entrar a leer las cosas que no recuerdas bien".</i>
<i>"Hay veces que leyendo una vez no es suficiente. Me gustó poder leer cuando quisiera la información de los módulos anteriores que me habían gustado"</i>
<i>"A veces cuesta adaptarse a nuevas situaciones y he tenido que repasar más de una, dos y tres veces".</i>
<i>"En el repaso era cuando más afianzaba los conceptos".</i>
<i>"Puede que se te olvide alguna actividad que quieres volver a hacer y volverlo a mirar es importante y útil".</i>
<i>"Cuando me sentía mal enseguida iba a repasar. Me ayudaba mucho".</i>
<i>"Me sirvió para saber y ver que aspectos necesitaba reforzar."</i>
<i>"Poder repasar me ayudaba a darme cuenta de como hacía las tareas, de si lo había puesto todo en práctica o no".</i>

<i>"Hay momentos en los que un módulo no le das importancia pero te sucede algo y necesitas volver a recordar la información".</i>
<i>"Es importante poder repasar ya que siempre hay cosas que se olvidan, aunque en ese momento las tengas claras".</i>
<i>"Porque muchas veces el volver a leer te anima a hacer las tareas".</i>
<i>"Es muy útil porque hay cosas que de un principio no se entienden muy bien y repasar ayuda a entenderlas".</i>
<i>"Ayuda a refrescar información, interiorizarla mejor. A veces hay módulos que los ves muy deprisa".</i>
<i>"Los módulos eran diferentes y el poder acceder para recordarlos es muy útil (sobre todo los primeros, los más motivadores)".</i>
<i>"Se aprende más porque asimilas mejor los conocimientos antes de pasar al nuevo temario".</i>
<i>"Siempre es importante poder recordar y retomar cosas."</i>

3. Opiniones y comentarios de los participantes acerca del uso del programa una vez finalizados los módulos de tratamiento:

<i>"Volví a entrar porque tenía alguna duda o para recordar información que me parecía interesante".</i>
<i>"Volví a acceder para dar información valiosa a otra gente".</i>
<i>"No volví a entrar por falta de tiempo. Me habría servido pero no lo he hecho".</i>
<i>"He vuelto a entrar algún día para repasar información, porque hay cosas que se olvidan".</i>
<i>"He vuelto a acceder pocas veces porque me lo guardaba todo en PDF".</i>
<i>"No he vuelto a entrar porque revisaba los documentos. Me lo descargué todo en PDF".</i>
<i>"Volví a acceder porque de vez en cuando había una "costumbre mala" y volvía a entrar para mentalizarme que las cosas no se tenían que hacer así".</i>
<i>"He vuelto a entrar alguna vez para repasar los últimos módulos. Lo había hecho deprisa y quería hacerlos más despacio y tenerlos más presentes".</i>
<i>"No he vuelto a entrar porque no he considerado que lo necesitara".</i>
<i>"No he vuelto a entrar al programa por falta de tiempo".</i>
<i>"Volví a entrar para repasar los módulos que hice muy deprisa. Para recordar mejor en que consistían".</i>

<i>"He vuelto a entrar alguna vez para repasar algún tema pendiente. Cosas que no quedaban claras y volver a ver los módulos otra vez".</i>
<i>"No he vuelto a acceder porque te lo podías descargar y no resultaba necesario volver a entrar a la aplicación".</i>
<i>"He entrado muy poco porque lo más importante ya lo guardé en PDF y el contenido no era difícil de comprender".</i>
<i>"No volví a entrar porque por mi situación me encontraba bien y no lo necesitaba. Todo me iba bien. He encontrado un equilibrio. Me guardaba la información en PDF y la consultaba. Ahora me va todo mejor. Cuando empecé no estaba bien y me ayudó mucho".</i>
<i>"No volví a acceder porque me quedó todo claro. No lo creí oportuno en mi caso".</i>
<i>"No me hizo falta volver a entrar porque integré las actividades en mi vida".</i>
<i>"He entrado pocas veces después de terminar el programa porque tenía descargados los PDF. Si alguna compañera necesitaba ayuda ella le dejaba mirar la información".</i>
<i>"Volví a entrar porque había cosas que me parecían útiles y las volvía a repasar".</i>
<i>"No volví a entrar porque me iba encontrando mejor".</i>
<i>"He vuelto a entrar al programa para repasar la información que me parecía útil".</i>
<i>"He seguido entrando en el programa porque las cosas se olvidan y repasar viene bien para recordar. Ver los videos me estimulaba a seguir trabajando".</i>

4. Opiniones y comentarios de los participantes acerca de la utilidad de tener a su disposición el programa durante más tiempo:

<i>"A lo mejor ahora no me hace falta pero en otro momento puedo. Si lo hubiera necesitado si".</i>
<i>"Porque no siempre tienes el mismo estado de ánimo y te puede venir bien en cualquier momento".</i>
<i>"Porque me puede ser útil en otro momento de bajón".</i>
<i>"Si lo tienes ahí en cualquier momento que te encuentres un poco mal entras y te ayuda bastante".</i>
<i>"Lo he hecho con más prisa de la que me habría gustado. Volver a entrar me ayudaría a asentar más las cosas y tenerlas más claras".</i>
<i>"Considero que es una herramienta útil. Tiene consejos sobre situaciones que se dan en diferentes momentos y es bueno tenerlo ahí para entrar cuando lo necesites".</i>
<i>"Es bueno poder acceder en un determinado momento en que me haga falta porque me sienta</i>

<i>un poco mal”.</i>
<i>“Siempre podemos recaer y tenerlo de ayuda más tiempo es útil”.</i>
<i>“Es importante repasar para afianzar las cosas, poder leer otra vez las partes más interesantes, las que te sirven mejor”.</i>
<i>“Es bueno tener a tu disposición el programa más tiempo porque no significa que por haberlo terminado ya no te sirva más la información”.</i>
<i>“Me gusta tenerlo ahí por si lo necesito algún día que tengo un problema y contar con la posibilidad de volver a entrar es muy útil”.</i>
<i>“Me ayuda a estar bien, sentirme motivada. No tengo tiempo de ir al psicólogo y es muy útil poder acceder desde casa al programa”.</i>
<i>“Es importante poder retomar lo que se te olvida y volver a ponerlo en práctica”.</i>
<i>“El continuar entrando te ayuda a mantener lo que has aprendido, los conocimientos”.</i>
<i>“Además de ser importante tener a tu disposición el programa por si tienes un momento de bajón, tener el programa disponible puede ser útil también para ayudar a un amigo. Lees lo que te ponía en el módulo y lo ayudas”.</i>
<i>“Me gusta tenerlo a mi disposición más tiempo para así poder volver a leer la información, ver los vídeos, etc.”.</i>
<i>“Si te pasa algo y te pones triste te puedes animar volviéndolo a ver o leer”.</i>
<i>“Si en algún momento sientes que vuelves hacia atrás es importante poder recordar lo que más te ayudó la última vez”.</i>
<i>“Siempre que se ve algo una segunda vez se puede aprender más y verlo de otra manera”.</i>
<i>“Cuando lo haces puedes no tener suficiente tiempo y si lo tienes accesible sabes que cuando quieras puedes repasar la información”.</i>
<i>“Si lo tienes a tu disposición más tiempo siempre puedes acudir para resolver dudas, revisar las actividades, etc. El programa te estimula y te anima”.</i>
<i>“Los vídeos llegan mucho, por lo que es muy útil poder acceder a ellos y verlos otra vez”.</i>
<i>“Tienes la posibilidad de cuando tienes un problema volver a verlo desde la perspectiva que te da el programa”.</i>

5. Opiniones y comentarios de los participantes de la condición SCA acerca de las llamadas de apoyo semanales:

<i>"Es una ayuda adicional, sientes que hay alguien al otro lado, que no está únicamente el ordenador".</i>
<i>"La llamada te hace sentir que están pendientes de ti".</i>
<i>"Ves el lado humano. Una voz que se interesa es mejor que sólo el programa".</i>
<i>"Sentía el interés por parte de alguien. Las personas que hay detrás".</i>
<i>"Sentirme arropado por otros es importante. Ves que hay alguien que se toma interés por ti".</i>
<i>"Sentía que no estaba sola, sino que había alguien que me animaba a seguir, que a veces cuesta".</i>
<i>"Me gustaba recibir la llamada, era agradable y sin presión. Oía una voz y eso me alegraba".</i>
<i>"Al principio tener una persona que te anime a entrar ayuda".</i>
<i>"Sentía que había alguien que se preocupaba por mí".</i>
<i>"Me gustaba recibir la llamada porque me preguntaban que tal iba la realización de los módulos, me animaban a entrar y me resolvían dudas. Además, me informaban si iba muy rápida o lenta y eso me ayudaba".</i>
<i>"Me ha venido bien para recordarme que tenía que entrar al programa, porque soy muy despistada y la persona me animaba a seguir adelante".</i>
<i>"Al principio me sentía perdida y eso me ayudaba. Está bien que alguien se preocupe por ti".</i>
<i>"Porque viene bien que alguien te recuerde que tienes que entrar cuando vas retrasado".</i>
<i>"Me venía muy bien recibir la llamada, ya que a veces no me apetecía meterme y la llamada me animaba".</i>
<i>"Al recibir la llamada notas que hay alguien ahí, que están pendientes de ti".</i>
<i>"Cuando estás mal se agradece que alguien te llame y se interese".</i>
<i>"Es una manera de que muestren interés y preocupación por la gente que estamos haciendo el programa. Me parece que es algo muy positivo".</i>
<i>"Es como tener un amigo. Es un apoyo de alguien que se preocupa por ti".</i>
<i>"Te ayudaban a implicarte más en la tarea".</i>
<i>"Notas que alguien se preocupa por ti, te aconseja el ritmo que tienes que llevar, siguen tu evolución".</i>
<i>"Me gustaba recibir la llamada porque te anima, te ayuda, te refuerza, te soluciona dudas".</i>

6. Opiniones y comentarios de los participantes de la condición SSA acerca de las llamadas de apoyo semanales:

<i>"Me habría gustado para saber si llevaba el ritmo adecuado".</i>
<i>"Me habría gustado recibir la llamada para tener la seguridad de que lo estaba haciendo bien".</i>
<i>"No me habría gustado mucho recibir la llamada porque considero que una persona tiene que ser responsable. Hice un módulo a la semana. El ritmo que me indicasteis".</i>
<i>"Me habría gustado recibir una llamada de apoyo semanal porque está bien que de vez en cuando te den consejo".</i>
<i>"No he visto la necesidad de recibir ninguna llamada. No me he visto en la situación de que me hiciese falta. He podido realizar bien el programa sin ese apoyo".</i>
<i>"Sí que me habría gustado recibir esa llamada porque considero que al programa le falta el contacto con un terapeuta (el contacto humano). Con ese complemento sería perfecto".</i>
<i>"Me habría gustado recibir la llamada de apoyo porque me habría hecho ser más constante con los módulos y las tareas, etc".</i>
<i>"No me habría gustado mucho recibir la llamada porque el programa está suficientemente bien explicado y no te hacía falta nada más".</i>
<i>"No eché la llamada de menos porque no lo veo imprescindible. No la tuve y no la necesité. Me iba organizando yo y no necesité más ayuda. Como no la tuve no sabría valorar si me hubiera hecho falta o no".</i>
<i>"Considero que es mejor hacerlo de forma independiente. Como el programa ya te dice al ritmo que tienes que ir, no te hace falta la llamada".</i>
<i>"La llamada por parte de un terapeuta es lo que le falta al programa para sentirte apoyada. El programa por sí mismo motiva, pero a mí me habría ayudado recibir la llamada de apoyo semanal".</i>
<i>"Me habría gustado recibir la llamada porque había días que se me olvidaba entrar al programa. Si alguien me hubiera llamado el factor de motivación habría sido más alto. Aunque recibía mensajes y eso estaba bien".</i>
<i>"Me habría gustado poco recibir la llamada porque entrando directamente al programa te iba marcando el ritmo a seguir y no necesitas más ayuda."</i>
<i>"Recibía mensajes y por e-mail y eso me gustaba, no me he sentido desatendida. En su caso no necesitaría recibir llamadas".</i>
<i>"Con los mensajes me sentía bien. Tenía suficiente. En realidad si hubiera recibido la llamada me hubiera sentido presionada".</i>
<i>"No me habría gustado mucho recibir la llamada porque si te llaman en un momento que no lo puedes coger esta llamada puede molestar".</i>
<i>"Me habría gustado recibir la llamada porque con ella me habría sentido apoyada y creo que es muy importante la retroalimentación por parte del terapeuta".</i>
<i>"No me habría molestado, pero sin la llamada lo hacía a mi ritmo. No la habría necesitado".</i>
<i>"No me hacía falta la llamada porque estaba todo claro".</i>
<i>"Recibir la llamada me habría gustado porque me habría recordado que tenía que entrar y me habría dado un empujón. Soy muy dejado y me habría hecho falta".</i>
<i>"Me habría gustado porque me animarían a seguir haciendo el programa, sería una ayuda".</i>
<i>"Con la llamada ves que se preocupan, que se interesan, que valoran lo que haces y eso es</i>

<i>importante”.</i>
<i>“Me habría gustado recibirla más al principio para que me ayudara a acostumbrarme a la rutina del programa”.</i>
<i>“La llamada me habría ayudado a ser más constante con las tareas, me habría motivado más”.</i>
<i>“Considero que una relación un poco más humana habría hecho falta. Así sientes que no depende sólo de ti, tienes a alguien que te apoya”.</i>
<i>“La llamada me habría ayudado a ser más constante. Como recordatorio”.</i>
<i>“Me habría gustado porque es un trato más personal. Sientes que te cuidan”.</i>
<i>“Considero que el programa en todo te apoya y te anima, por lo que no habría necesitado la llamada”.</i>
<i>“Con la llamada ves que se preocupan, que se interesan, que valoran lo que haces y eso es importante”.</i>