

UNA NUEVA APROXIMACIÓN COGNITIVA AL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO

Cristina Villasclaras García y Antonio Maldonado
Universidad de Granada (España)

Resumen

Esta investigación pretende probar la eficacia de una terapia cognitivo conductual (TCC) breve y grupal en el ámbito educativo universitario a corto y largo plazo, y evaluar si se producen cambios en los estilos cognitivos según la predicción de los modelos cognitivos. Se usaron tres grupos de alumnos universitarios: grupo de TCC (estudiantes con sintomatología depresiva que recibe TCC), grupo de control (estudiantes con sintomatología depresiva sin tratamiento) y grupo de sujetos sanos (estudiantes sin sintomatología depresiva ni tratamiento). Los resultados muestran una mejoría significativa en el nivel de depresión tanto a corto como a largo plazo, acompañado de un cambio en el estilo cognitivo del grupo tratado, principalmente a largo plazo, más que a corto plazo, confirmando la eficacia de la TCC y las predicciones de los modelos cognitivos. Sin embargo, los resultados del grupo sano sugieren que la mejora del grupo TCC no es suficiente para lograr que los sujetos muestren un bienestar completo. Estos resultados permiten una mejor comprensión, tratamiento y prevención de la depresión entre los universitarios.

PALABRAS CLAVE: *depresión, tratamiento cognitivo conductual, estilo atribucional, tríada cognitiva negativa, prevención de la recaída.*

Abstract

This research aims to assess the effectiveness in both the short and long term of a brief and group Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) in a university setting, and evaluate if there are changes in the cognitive styles of the participants. Three groups of university students were made: a TCC group (Cognitive behavioral treatment of students with depressive symptoms), a control group (non-treated controls students with depressive symptoms) and a healthy group (non-treated students without depressive symptoms). The results showed a significant improvement in depressive symptoms in both the short and long term, and changes in the cognitive style of the treated group, especially in the long term rather than the short. However, the results of the healthy group suggest that the improvement of the CBT group is not enough to make the subjects show complete well-being. Therefore, the efficacy of CBT for depression seems

Este trabajo fue realizado en la Universidad de Granada, como parte de un proyecto concedido por la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT) del Ministerio de Educación y Ciencia (PB98-135) al Dr. A. Maldonado y realizada en parte en colaboración con Cristina Villasclaras García.

Correspondencia: Cristina Villasclaras, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Campus Universitario Cartuja, 18011 Granada (España). E-mail: cristi09@correo.ugr.es

confirmed once again, as well as the predictions of the cognitive models for the comprehension, treatment and prevention of depression among university students.

KEY WORDS: *depression, cognitive-behavioral treatment, attributional style, negative cognitive triad, relapse prevention.*

Introducción

La depresión es una patología caracterizada por alteraciones de tipo cognitivo, emocional, somático y conductual (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019). En los últimos años, el número de personas que presentan depresión ha aumentado (OMS, 2020), siendo el episodio depresivo mayor el trastorno mental más frecuente (3,9% prevalencia-año y 10,5% prevalencia-vida) y la cuarta causa de discapacidad en España (Vázquez *et al.*, 2015). Este dato es preocupante debido a que la depresión es un trastorno discapacitante que causa un gran sufrimiento a las personas que la padecen y a sus familiares, perturba las actividades diarias de manera significativa y empeora otros problemas de salud (Blanco *et al.*, 2017). Además, es el factor de riesgo más importante para el suicidio, asociado a la desesperanza como mejor predictor de la ideación suicida (Sudak, 2012). Por último, es un trastorno que presenta altas tasas de recaídas, incluso entre adolescentes (Hammen, 2009), estimándose que el 75% de los pacientes depresivos tendrá al menos un segundo episodio a lo largo de su vida (Vázquez *et al.*, 2010).

En el estudio del comportamiento depresivo, los modelos y técnicas cognitivo conductuales han representado un importante avance para la comprensión y tratamiento de este trastorno (Cuijpers *et al.*, 2013). De hecho, al mismo tiempo que se desarrollaban diferentes modelos explicativos de la depresión y que aparecían los fármacos antidepresivos tricíclicos, empezaban a desarrollarse técnicas terapéuticas psicológicas como las terapias cognitivo conductuales (TCC), que demostraron su eficacia en el tratamiento de la depresión mayor y, sobre todo, en la prevención de futuras recaídas (Beck *et al.*, 1979; Hollon *et al.*, 2005).

La TCC consiste en una serie de estrategias cuya premisa principal es que los trastornos depresivos se mantienen debido a factores cognitivos y conductuales. El objetivo fundamental es reducir los síntomas, mejorar el funcionamiento del paciente y evitar la recaída, proporcionando recursos conductuales y cognitivos para "hacer la terapia por sí mismos" (Hofmann *et al.*, 2012). Por ello, se centra no sólo en la modificación de conductas disfuncionales, sino sobre todo en el cambio de pensamientos negativos distorsionados y actitudes desadaptativas asociadas a dicho trastorno. Desde una perspectiva cognitiva, se asume que dichas cogniciones desadaptativas contribuyen al mantenimiento de un estado emocional alterado y de problemas conductuales. Por tanto, se espera que la modificación de los pensamientos automáticos y las creencias negativas subyacentes incremente la mejoría del paciente y, sobre todo, reduzca la probabilidad de sufrir dificultades y

depresión ante situaciones problemáticas en el futuro, reduciendo la posibilidad de recaída (Hollon *et al.*, 2005).

Recientes metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados han mostrado cómo la TCC es eficaz para la prevención y tratamiento de la depresión (Butler *et al.*, 2006; Cuijpers *et al.*, 2013) y de otro tipo de trastornos psicológicos (Hoffman *et al.*, 2012). Dichos estudios han comprobado como la TCC es más eficaz que mantener a los pacientes en lista de espera, que no efectuar ningún tratamiento, que las técnicas de relajación y que incluso, la medicación antidepressiva (Butler *et al.*, 2006; Hofmann *et al.*, 2012), dado que, a corto plazo, parece ser tan eficaz como los antidepressivos tricíclicos; pero a largo plazo, muestra incluso mejor prevención de recaída (Butler *et al.*, 2006; Hollon y Shelton, 2001; Hollon *et al.*, 2005; Sudak, 2012). Por último, las técnicas de modificación cognitivo conductual han demostrado su eficacia en la mejoría y la prevención de depresión grave y moderada, no sólo en ámbitos de atención primaria y en contextos hospitalarios, (Vázquez *et al.*, 2010), sino también en ambientes educativos (Gillham *et al.*, 1995). Todo lo anterior parece indicar que debe considerarse el tratamiento de elección para la depresión, dado que como indica Tolin (2010), las ventajas de la TCC no están limitadas en el tiempo y, sobre todo, producen un mejor efecto de prevención de recaída.

Además, se ha encontrado que la TCC para la depresión aplicada de forma breve también obtiene buenos resultados. Concretamente, diversos estudios han hallado que con una duración de entre 5 y 8 sesiones ya se producen mejoras en la sintomatología depresiva en diferentes poblaciones (adolescentes, Lush y Melnyk, 2011; pacientes con enfermedad renal, Lerma *et al.*, 2017; véase metaanálisis, Nieuwsma *et al.*, 2012).

Por otro lado, una de las ventajas de la TCC es que puede aplicarse tanto de manera individual como grupal, lo que permite a los participantes intercambiar contenidos y usar la interacción como agente generador de cambio. De esta forma, se ayuda a generar nuevas redes de apoyo, con un menor coste en tiempo y recursos de los participantes, incrementando, además, la eficacia de dicha terapia (Yost, 1986). Por tanto, a partir de los datos previos, el primer objetivo de este estudio radicaba en conocer el efecto de un tratamiento grupal breve cognitivo conductual en jóvenes estudiantes en la mejoría y prevención de su sintomatología depresiva.

La importancia de la TCC aumentó debido a la aparición de modelos que buscaban explicar los mecanismos a través de los cuales se producía la adquisición y mejoría de los pacientes con depresión. Dos teorías cognitivas destacan en la explicación de este frecuente trastorno mental, el modelo de la indefensión aprendida (Abramson *et al.*, 1978) y la teoría de la triada cognitiva negativa (Beck, 1967; Beck *et al.*, 1979). Ambas se consideran modelos de vulnerabilidad, pues sugieren la existencia de factores cognitivos aprendidos que predisponen a la adquisición del trastorno depresivo en circunstancias ambientales negativas. Sin embargo, las variables cognitivas con las que trabaja cada modelo difieren entre sí.

El modelo de la indefensión aprendida se basa en la existencia de un estilo atribucional aprendido, de forma que cuando una persona se enfrenta a cualquier situación, intenta determinar por qué ha sucedido y dar explicaciones causales en

función de sus experiencias previas. Se asume que el estilo atribucional depresógeno estaría caracterizado por atribuciones internas, estables y globales ante sucesos negativos (Abramson *et al.*, 1978; Peterson *et al.*, 1993; Vázquez *et al.*, 2010); mientras que con un estilo atribucional saludable se tiende a atribuir los fracasos a causas externas, inestables y específicas (Houston, 2016; Huang, 2015). Es importante destacar que, sobre todo ante sucesos negativos, la internalidad (atribución a causas internas, es decir, a sí mismo; por ejemplo: “no sirvo para nada”), se relaciona con la culpabilidad y los síntomas emocionales; la globalidad (atribución a causas de tipo global, por ejemplo: “todo me sale mal”), con la generalización a otras situaciones y la mayor cantidad de síntomas depresivos; y la estabilidad (atribución a causas estables: “nunca me voy a poner bien”), con la cronicidad de los mismos (Abramson *et al.*, 1978). Debido a estas atribuciones ante sucesos negativos, el sujeto depresivo genera una serie de expectativas negativas de fracaso y desesperanza ante el futuro, convirtiéndose en el elemento central del desarrollo y mantenimiento del trastorno; siendo por tanto el estilo atribucional, el factor cognitivo de riesgo de adquisición y mantenimiento de la depresión (Houston, 2016).

Diferentes estudios para evaluar este modelo han encontrado que los acontecimientos negativos darían lugar a síntomas depresivos en personas que ya presentaban ese estilo atribucional depresógeno (Huang, 2015; Vázquez *et al.*, 2010); además, dicho estilo cognitivo se relaciona no sólo con los síntomas depresivos; sino también, con el fracaso o el bajo rendimiento académico en adolescentes y estudiantes universitarios (Houston, 2016; Joiner y Wagner, 1995).

Desde otra perspectiva y basado en la teoría de “esquemas”, el modelo cognitivo de Beck asume la existencia de esquemas cognitivos desadaptativos aprendidos como factor de riesgo de la depresión ante sucesos negativos (Beck, 1967, Beck *et al.*, 1979). Este estilo cognitivo daría lugar al desarrollo de la tríada cognitiva negativa (una visión de pérdida y fracaso respecto a sí mismo, el mundo y el futuro) que desembocaría en un procesamiento de la información sesgado y erróneo y, por tanto, en una percepción distorsionada de la realidad. Por ello, ante situaciones negativas, la activación de la “tríada cognitiva negativa” conduciría al estado depresivo, siendo, por tanto, el factor de riesgo y precursor inmediato de la depresión (Vázquez *et al.*, 2010).

Por tanto, con este estudio se pretende comprobar un doble conjunto de hipótesis. En primer lugar, se espera encontrar una mejoría de la sintomatología depresiva en un grupo experimental como efecto de un tratamiento cognitivo conductual breve y grupal, tanto a corto, como a largo plazo; por ello, se espera que el tratamiento actúe con un efecto preventivo, disminuyendo la probabilidad de recaída y depresión en el futuro. En segundo lugar, se analizará primero, si los individuos con niveles más altos de síntomas depresivos, manifiestan también un estilo cognitivo depresógeno; y luego, se comprobará hasta qué punto la TCC produce un cambio significativo en dichos estilos cognitivos, en función del grado de mejoría. De esta forma, se podrá comprobar no sólo los supuestos básicos de dichos modelos; sino analizar también, cómo evolucionan dichos estilos cognitivos a lo largo del tiempo en los sujetos tratados y no tratados.

Para ello se utilizaron tres grupos: un grupo de estudiantes con sintomatología depresiva sometido a tratamiento grupal breve cognitivo conductual (grupo TCC); un segundo grupo de control sin tratamiento, pero con sintomatología depresiva (grupo control), para comprobar la eficacia a corto y largo plazo de la TCC y si dicha terapia induce cambios significativos en el estilo cognitivo de los pacientes tratados. Por último, un tercer grupo de participantes sin tratamiento, ni sintomatología depresiva (grupo sano) que permitirá comprobar las diferencias en el estilo cognitivo con los individuos depresivos; y, sobre todo, analizar la evolución de los estilos cognitivos y controlar la posibilidad de recaída en la depresión a lo largo del mismo período de tiempo. En suma, se espera que la TCC produzca cambios significativos en el nivel de depresión (tríada cognitiva negativa según Beck *et al.*, 1979) y en el estilo cognitivo (estilo atribucional depresógeno según Abramson *et al.*, 1978), de los estudiantes tratados (grupo TCC), significativamente diferentes del grupo control sin tratamiento (grupo control), acercándolos más al grupo sin depresión (grupo sano), para intentar comprobar de forma experimental, que los cambios se deben a la intervención, y no al mero efecto del paso del tiempo.

Método

Participantes

La muestra de esta investigación se compone de 139 alumnos (113 mujeres y 26 hombres) de primero de carrera de la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, con una media de edad de 19,7 años ($DT= 2,98$). La distribución por grupos fue: 16 participantes en el grupo de tratamiento (TCC en dos grupos de 8), 36 en el grupo de control y 88 en el grupo de sujetos sanos. Todos los participantes aceptaron realizar los cuestionarios y se les informó debidamente de la confidencialidad de sus datos.

Instrumentos

- a) "Inventario de Beck para la depresión" (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck *et al.*, 1979), versión española validada por Vázquez y Sanz (1997). El BDI es una medida de autoinforme comúnmente usada para evaluar los síntomas depresivos y la intensidad de la depresión durante la última semana, tanto en poblaciones normo-típicas como clínicas. Consta de 21 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 alternativas (0-3). La puntuación directa varía entre 0 y 63 puntos. La fiabilidad informada de este instrumento es de 0,83 (Vázquez y Sanz, 1997). Los puntos de corte que suelen utilizarse son los siguientes: una puntuación ≤ 9 indica ausencia de depresión significativa; mientras que una puntuación ≥ 10 , indica la existencia de sintomatología depresiva (más específicamente: entre 10 y 16, indicaría síntomas de depresión subclínica); puntuaciones > 16 indican claramente síntomas depresivos más graves (Hagaa *et al.*, 1991; Herrera *et al.*, 2002b; Oliver y McGee, 1982).

- b) "Inventario de triada cognitiva" (*Cognitive Triad Inventory*, CTI; Beckham *et al.*, 1986), versión española adaptada por Bas y Andrés (1988, citado por Bas y Andrés, 1994). El CTI es un cuestionario que evalúa la representación mental que posee el sujeto sobre sí mismo, su mundo y su futuro. Está compuesto por 36 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 7 alternativas (1= totalmente en desacuerdo a 7= totalmente de acuerdo). La mitad están formulados y se puntúan de forma positiva (p. ej., *Tengo buenas capacidades y habilidades*) y la otra mitad de forma negativa (p. ej., *No tengo solución*). La puntuación final sería el sumatorio de ambos valores. Se considera que los valores negativos indicarían la existencia de la triada negativa cognitiva; mientras que valores ≥ 10 , indican justamente lo contrario, una visión positiva de sí mismo, del mundo y del futuro. La fiabilidad informada de este cuestionario es de 0,95, con un alfa de 0,81 para la dimensión yo, 0,91 para la dimensión mundo y 0,93 para la dimensión futuro (Bas y Andrés, 1994; Beckham *et al.*, 1986).
- c) "Cuestionario de estilo atribucional" (*Attributional Style Questionnaire*, ASQ; Peterson *et al.*, 1982), adaptación española validada por Palomares y Sanjuán (1995). El ASQ mide el estilo atribucional de la persona haciendo uso de diferentes situaciones correspondientes a las dimensiones internalidad, estabilidad y globalidad. Esta prueba consta de 12 ítems, 6 situaciones positivas (p. ej., *usted se hace rico*) y 6 negativas (p. ej., *usted va a una cita y ésta sale mal*), con 3 preguntas cada uno relativas a cada dimensión (internalidad, estabilidad y globalidad) y con una escala de respuesta tipo Likert (1-7). En este caso, se trabajó sólo con las situaciones negativas, que se asumen como las más relevantes relacionadas con la depresión, según el modelo de la Indefensión Aprendida (Abramson *et al.*, 1978). Sin embargo, no se utilizarán las subescalas de esta prueba debido a su baja fiabilidad, sobre todo en internalidad (0,46) y estabilidad (0,59), sino la puntuación total (suma de las tres dimensiones) para situaciones negativas, dada su mayor fiabilidad (0,72 para el cuestionario original inglés; Peterson *et al.*, 1982; 0,79 para la adaptación española, Sanjuan y Magallares, 2006).

Procedimiento

Tras los exámenes del primer cuatrimestre, un grupo de estudiantes ($n= 139$) de primer curso de la UGR, completó los tres cuestionarios durante una de las horas de clase. Tras los resultados de las pruebas, se categorizaron los alumnos en función de las puntuaciones obtenidas en la prueba BDI en: estudiantes con sintomatología depresiva ($n= 17$, $BDI \geq 17$) o subdepresiva ($n= 34$; $BDI \geq 10$ y ≤ 16), lo que permitiría analizar el riesgo de depresión futura; y, por último, los alumnos sin depresión ($n= 88$) fueron aquellos que obtuvieron puntuaciones ≤ 9 .

De los alumnos con niveles depresivos o subdepresivos que aceptaron participar en un posible grupo de terapia breve, se escogió aleatoriamente el grupo experimental de tratamiento. En este grupo quedaron 7 alumnos con sintomatología depresiva (por abandono de una persona tras la primera sesión) y 8 con subdepresiva, con alguna asignatura suspensa y, por tanto, con un mayor

posible riesgo futuro de depresión. Los alumnos restantes (10 con síntomas depresivos y 26 con síntomas subdepresivos) se agruparon en el grupo de control sin tratamiento. El resto alumnos (88 sin tratamiento, ni sintomatología depresiva) se mantuvieron en un grupo de sujetos sanos (tabla 1). De los estudiantes que aceptaron participar en este estudio, ninguno se encontraba recibiendo ningún tipo de tratamiento, ni psicológico ni farmacológico.

En los 3 grupos se realizaron tres mediciones. La medición inicial (pretratamiento), en febrero tras los primeros exámenes cuatrimestrales. La segunda medición (postratamiento), se realizó al final del mes de abril en el grupo experimental, en la cuarta sesión del tratamiento; y durante la primera semana del mes de mayo en los otros dos grupos. La última (fase de seguimiento), para medir los efectos a largo plazo y/o control de posibles recaídas, fue en febrero del año siguiente tras los exámenes cuatrimestrales. Todas las mediciones se realizaron durante una clase normal, sin posibilidad de previo aviso.

Tabla 1

Distribución de los participantes en los grupos (número y porcentaje)

Grupo	Pretratamiento		Postratamiento			Seguimiento		
	ND	D	ND	D	P	ND	D	P
TCC (n= 15)	8 (53%)	7 (47%)	14 (94%)	1 (6%)	0	14 (94%)	0	1 (6%)
Control (n= 36)	26 (74%)	10 (26%)	14 (39%)	8 (22%)	14 (39%)	20 (55%)	5 (15%)	11 (30%)
Sanos (n= 88)	88 (100%)	0	63 (72%)	1 (1%)	24 (27%)	56 (65%)	1 (1%)	21 (24%)

Nota: ND= No depresivos, D= con síntomas depresivos; P= pérdidas; TCC= terapia cognitivo conductual.

El tratamiento recibido por el grupo experimental fue una terapia cognitiva conductual (TCC) breve (4 sesiones) en 2 grupos de 8 sujetos sin distinción por nivel de depresión. El tratamiento estaba constituido principalmente por técnicas de reestructuración cognitiva y de control emocional, cuyo objetivo principal era el tratamiento y prevención de la depresión (basado en los manuales de Beck *et al.*, 1979; Williams, 1992; Yost, 1986).

Los estudiantes del grupo de TCC dieron su consentimiento informado para recibir el tratamiento y fueron tratados de acuerdo con las normas éticas de este tipo de trabajos, habiendo sido este proyecto aprobado por el comité de ética de la UGR.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BREVE PARA LA DEPRESIÓN

El tratamiento se dividió en cuatro sesiones de 2 horas de duración cada sesión, una vez a la semana y fue impartido por el mismo terapeuta, un psicólogo entrenado en TCC.

En la primera sesión se realizó una presentación de los objetivos y técnicas psicológicas que se iban a entrenar, junto con la metodología de trabajo. Además,

se explicaron algunos puntos, como, por ejemplo, la relación entre pensamiento, emoción y conducta. También, se explicaron las técnicas de autoobservación de pensamientos automáticos a utilizar utilizando los pensamientos antes y durante la propia sesión (véase Anexo 1). Tras esto, se resolvieron las dudas y se mandó el trabajo para casa consistente en realizar una autoobservación de al menos dos situaciones, una positiva y otra negativa, que les sucedieran en los días posteriores a esta primera sesión.

En la segunda sesión, se realizó el entrenamiento en reestructuración cognitiva propiamente dicho, para la modificación de pensamientos automáticos (véase Anexo 2). La forma de trabajar en esta sesión fue la siguiente. En primer lugar, mediante la técnica de ronda, se trabajó en el análisis primero, de situaciones positivas; y luego, de las negativas, evaluando al mismo tiempo la realidad y/o errores del pensamiento típicos depresógenos. Después, de manera individual con varios participantes (técnica de contacto), se trabajó en sus situaciones negativas con diversas técnicas cognitivas según el caso (detección de errores y atribuciones desadaptativas, reatribución, ajuste de expectativas, cogniciones alternativas positivas y realistas, técnica de enfrentamiento y/o aceptación, motivación cognitiva, prueba de realidad, etc...). Para ello, se introdujo la técnica de la doble columna (ver Anexo 2) para la reestructuración de pensamientos automáticos negativos. Para finalizar, se procedió a hacer una recapitulación de los conocimientos trabajados y como tarea para casa se les encargó realizar al menos una autoobservación y un intento de control de estados depresivos, los cuales se usarían en la siguiente sesión.

En la tercera sesión, se continuó con la técnica de reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos; pero, además, se trabajó sobre técnicas de control de estados emocionales depresivos. Para practicar estas técnicas se trabajó en grupo primero (ronda); y luego, de forma individual (técnica de contacto) mediante la aplicación de distintas técnicas cognitivo conductuales en situaciones de estado emocional alterado (asignación y graduación de tareas, técnicas de control y relajación, entrenamiento asertivo, motivación cognitiva, etc...) en función de los registros de los participantes. Al finalizar, se realizó un resumen de todos los conocimientos adquiridos a lo largo de la terapia y se indicaron como tareas para casa la utilización de la técnica de reestructuración cognitiva y la prueba de realidad en al menos una situación positiva y otra negativa.

Por último, se realizó una cuarta sesión, donde se comprobó primero la eficacia de las técnicas utilizadas revisando los registros realizados (técnica de ronda); y, sobre todo, se trabajó con la técnica de prevención de recaídas. Al final, se volvieron a administrarlas pruebas BDI, CTI y ASQ.

Análisis de datos

En el análisis de resultados, se compararon, por un lado, los resultados de la primera medida (pretratamiento) y de la segunda medida (postratamiento), para medir los efectos del tratamiento a corto plazo mediante un diseño factorial mixto 3 (grupo: TCC, control, sanos) x 2 (fase: pre-pos), con medidas repetidas en el segundo factor. En segundo lugar, se analizaron los mismos resultados iniciales

(pre) y los de la tercera medida (seguimiento), de nuevo mediante un diseño factorial mixto 3 (grupo) x 2 (fase: pre-seg), con medidas repetidas en el segundo factor, para medir los efectos a largo plazo o de posibilidad de recaída. Este tipo de análisis se realizó dadas las dificultades de seguimiento de sujetos en el grupo sin tratamiento, ya que los cuestionarios se administraban en un día de clase normal, pudiendo algunos sujetos no asistir a clase ese día. Por ello, en el primer análisis, quedaron 22 sujetos en el grupo control y 64 en el grupo de sanos, mientras que, en el segundo análisis hubo 25 en el grupo control y 57 en el grupo de sanos (tabla 1). Por último, se analizaron 3 variables dependientes: nivel de depresión (BDI); estilo atribucional (ASQ) y la tríada cognitiva (CTI).

Resultados

Los datos obtenidos de las tres pruebas administradas en tres momentos temporales dieron lugar a dos conjuntos de análisis para evaluar: el efecto del tratamiento (corto plazo) y el efecto de recaída (largo plazo), mediante dos ANOVAS de cada variable dependiente. Ambos efectos se analizan independientemente debido a la falta de datos de algunos sujetos de la muestra, para lograr un mayor número de sujetos en cada momento temporal, intentando maximizar la validez de los resultados. En todas las pruebas a posteriori se usó la prueba LSD, aceptando como significativo $p < 0,05$.

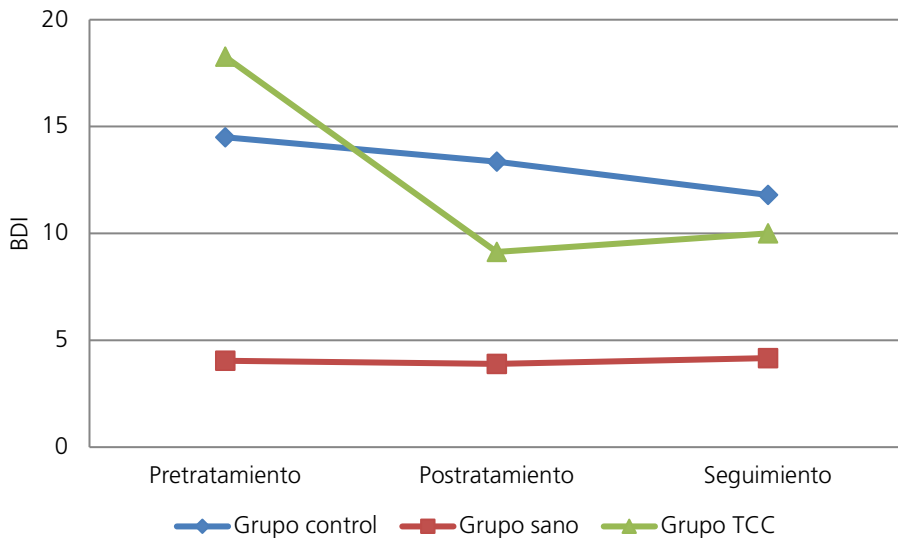
Es interesante constatar cómo en la muestra inicial, un 12% eran alumnos con depresión, porcentaje que coincide con lo que normalmente se encuentra en la población en España, siendo así nuestra muestra equiparable de la realidad (Vázquez *et al.*, 2015). Asimismo, un 24% de la muestra total fueron categorizados como subdepresivos al mostrar alguna sintomatología depresiva, mientras que el resto (63%) de los alumnos no manifestaban signos de depresión. Estos datos se pueden observar en la tabla 1, que además permite ver el número de sujetos y % de pérdidas a lo largo de toda la investigación en cada fase y grupo.

Efecto del tratamiento (TCC) a corto y largo plazo en la depresión

Las medias obtenidas en el BDI por los tres grupos, antes, después del tratamiento y en la medida de seguimiento (un año), aparecen en la figura 1. Dichas puntuaciones se analizaron mediante un doble ANOVA de medidas repetidas 3 (grupo) x 2 (fase), con el factor grupo (manipulada a tres niveles: TCC, control y sanos) como variable entre grupos y con el factor fase como variable intrasujeto (con dos momentos de medida: pre y postratamiento, 3 meses; pre y seguimiento; 12 meses) con todos los sujetos de cada fase.

Figura 1

Medias obtenidas en cuanto a los síntomas depresivos (BDI) por los grupos de tratamiento, control y sanos en los tres momentos de medida



En el análisis del efecto de tratamiento, el factor fase incluía a los participantes con medidas pre y postratamiento (3 meses). Los resultados mostraron un efecto significativo de ambos factores, grupo ($F[2, 101]= 77,9; p < 0,001$) y fase ($F[1, 101]= 22,31; p < 0,001$), así como de su interacción ($F[2, 101]= 13,01; p < 0,001$).

El análisis a posteriori del factor fase en cada grupo sólo mostró diferencias significativas en el grupo TCC ($p < 0,01$), mientras que no se encontraron cambios significativos en la sintomatología depresiva ni en el grupo de control ($p < 0,44$), ni en el grupo de sanos ($p < 0,72$). Estos resultados sugieren la existencia de un claro efecto mejoría de la sintomatología depresiva como efecto de la TCC.

El análisis de las diferencias del factor entre-grupos permite comprobar dicho efecto. En primer lugar, el grupo de sanos difería de ambos grupos tanto en la fase pre como postratamiento ($p < 0,00$) indicando claras diferencias entre el grupo sin depresión y los dos grupos con sintomatología depresiva. Ahora bien, el grupo TCC, difería del grupo control también en ambas fases. En la fase pretratamiento, su puntuación era mayor ($p < 0,01$), probablemente por la mayor proporción de individuos con mayor puntuación depresiva (tabla 1, $BDI > 17$, 47% en grupo TCC vs 26% en grupo control). Ahora bien, su puntuación fue significativamente menor ($p < 0,01$) en la fase postratamiento, confirmando la eficacia de la TCC en la mejoría de la sintomatología depresiva a corto plazo.

En segundo lugar, en el análisis del efecto de seguimiento, el factor fase incluía a los participantes con medidas pre y seguimiento (un año). El ANOVA 3x2 mostró el mismo patrón de resultados que en el efecto del tratamiento: un efecto

significativo del factor grupo ($F[2, 96]= 66; p < 0,001$), fase ($F[1, 96]= 16,3; p < 0,001$), y de su interacción ($F[2, 96]= 8,35; p < 0,001$).

En el análisis del efecto a largo plazo del factor fase se encontraron los mismos resultados previos: sólo hay diferencias entre las medidas pretratamiento y seguimiento en el grupo TCC ($p < 0,01$), mientras que no hay cambios significativos ni en el grupo control ($p < 0,23$) ni en el grupo sano ($p < 0,61$). Por tanto, a largo plazo se reproducen los mismos efectos positivos del tratamiento. Sin embargo, estos resultados deben matizarse. En primer lugar, el grupo sano sigue difiriendo significativamente de ambos grupos, lo que sugiere que aun manifiestan algún tipo de sintomatología depresiva; pero, además, las diferencias entre el grupo TCC y el grupo de control no se mantienen en esta fase.

En resumen, parece que las hipótesis asociadas a la mejora de la sintomatología como efecto de la TCC se confirman, pues el efecto del tratamiento parece ser eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva a corto plazo y se mantiene a largo plazo. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con precaución dada la ausencia de diferencias significativas entre el grupo control y el grupo TCC a largo plazo; y a las diferencias significativas con el grupo sano en todas las fases que analizaremos en la discusión.

Efecto del tratamiento (TCC) a corto y largo plazo en el estilo atribucional

Analizamos el efecto de la TCC en el estilo atribucional de los sujetos conforme al modelo de la indefensión aprendida. La tabla 2 presenta las puntuaciones medias y desviaciones típicas obtenidas en los tres grupos en la prueba ASQ durante las tres medidas (pretratamiento, postratamiento; seguimiento) para comprobar el efecto del tratamiento a corto y largo plazo.

Tabla 2

Medias y desviaciones típicas obtenidas por los tres grupos en cuanto al estilo atribucional en los tres momentos de medida

Grupo	Pretratamiento <i>M (DT)</i>	Postratamiento <i>M (DT)</i>	Seguimiento <i>M (DT)</i>
TCC	12,04 (1,93)	10,12 (2,23)	9,50 (2,05)
Control	12,35 (2,68)	11,51 (2,41)	10,77 (3,23)
Sanos	10,88 (2,17)	9,13 (2,54)	8,67 (2,32)

En el análisis del estilo atribucional, se utilizó de nuevo un doble ANOVA de medidas repetidas, 3 (grupo), x 2 (fase), siendo estos factores idénticos a los descritos en el análisis previo, siendo ahora la variable dependiente la puntuación global del ASQ para situaciones negativas.

Los resultados mostraron tanto a corto como a largo plazo, un similar efecto significativo del factor grupo [$F[2, 101]= 7,79; p < 0,001$ corto plazo; ($F[2, 95]= 7,78; p < 0,001$ largo plazo], y del factor fase [$F[1, 101]= 26,99; p < 0,001$ corto plazo; ($F[1, 95]= 52,99; p < 0,001$ largo plazo]. Sin embargo, su interacción no fue significativa ni a corto ni a largo plazo.

El análisis a posteriori del factor grupo en cada fase, acorde a las hipótesis planteadas, mostró que en la fase de pretratamiento el grupo de sanos difería de ambos grupos (TCC y control) confirmando las hipótesis del modelo de la indefensión aprendida. Sin embargo, tanto a corto como a largo plazo, aunque el grupo de control sigue siendo significativamente superior que el grupo de sanos ($p < 0,00$); el grupo TCC no muestra diferencias significativas ni con el grupo de control, ni con el grupo de sanos. Por otro lado, el análisis del factor fase mostró diferencias significativas a corto plazo (pre-pos) tanto en el grupo TCC ($p < 0,02$), como en el grupo sano ($p < 0,00$), pero no en el grupo control ($p < 0,17$); mientras que a largo plazo todos los grupos diferían de la fase pretratamiento ($p < 0,01$). Lo que implica que el estilo atribucional no es un rasgo estable y no parece un indicador adecuado del posible efecto de mejoría como efecto del tratamiento, como analizaremos en la discusión.

Efecto del tratamiento (TCC) a corto y largo plazo en la triada cognitiva

Analizamos el efecto del tratamiento en la triada cognitiva negativa (visión de sí mismo, del mundo y del futuro) del modelo de Beck. Los resultados del CTI de los tres grupos se muestran en la tabla 3. Se utilizó igualmente un ANOVA factorial mixto, 3 (grupo) x 2 (fase) x 3 (CTI), con medidas repetidas en el 2º y 3º factor, siendo el primer y segundo factor idénticos a los descritos en el análisis del ASQ y la depresión, y el tercero las dimensiones del CTI (yo, mundo, futuro).

Tabla 3

Medias y desviaciones típicas obtenidas por los tres grupos en cuanto a la triada cognitiva (visión de sí mismo, del mundo y del futuro) en los tres momentos de medida

Grupo	Momento de medida	Yo M (DT)	Mundo M (DT)	Futuro M (DT)
TCC	Pretratamiento	-3,20 (8,58)	5,13 (7,07)	8,60 (10,74)
	Postratamiento	2,93 (6,81)	10,47 (8,96)	14,80 (14,57)
	Seguimiento	1,85 (10,32)	11,23 (6,46)	13,85 (10,20)
Control	Pretratamiento	-3,86 (8,41)	6,06 (76,73)	9,17 (10,12)
	Postratamiento	-0,75 (10,61)	5,15 (7,75)	9,05 (11,11)
	Seguimiento	-2,08 (12,55)	9,24 (7,94)	10,48 (12,80)
Sanos	Pretratamiento	11,13 (7,16)	14,55 (6,55)	19,89 (6,90)
	Postratamiento	12,24 (7,38)	16,18 (6,51)	21,85 (5,47)
	Seguimiento	12,77 (8,84)	16,18 (7,57)	21,37 (7,29)

Los resultados mostraron tanto a corto plazo, como a largo plazo, un similar efecto significativo del factor grupo [corto: ($F[2, 99] = 47,99$; $p < 0,001$); largo plazo: ($F[2, 95] = 40,56$; $p < 0,001$); del factor fase [corto: ($F[1, 99] = 19,57$; $p < 0,001$); largo: ($F[1, 95] = 15,07$; $p < 0,001$)]. Además, a corto plazo se dio una interacción significativa entre el factor Grupo y factor fase ($F[2, 99] = 3,72$; $p < 0,03$) a corto plazo; y entre el factor grupo y el factor CTI ($F[4, 190] = 8,08$; $p < 0,001$), a largo plazo.

Por último, el factor CTI fue significativo [corto plazo: ($F[2, 198]= 82,73$; $p < 0,001$); largo plazo: ($F[2, 190]= 116,91$; $p < 0,001$)], dado que las puntuaciones en la visión de sí mismo, siempre son menores que en las otras dos dimensiones, siendo en este caso la visión de futuro la más positiva de todas, sobre todo en el grupo sano.

En el análisis a posteriori del efecto fase, los resultados mostraron cómo en el grupo de control ninguna diferencia fue significativa. Sin embargo, en el grupo TCC, al igual que en el grupo sano, se produjo una mejora del estilo cognitivo a corto plazo (TCC: $p < 0,00$; sano: $p < 0,01$), que se mantuvo a largo plazo, sobre todo en el grupo tratado (TCC: $p < 0,01$; sano: $p < 0,07$). Por último, en el análisis del factor grupo, se comprobó que en todas las fases el grupo sano difería significativamente de los otros dos ($p < 0,00$). Ahora bien, en la fase de postratamiento, el grupo TCC difería también del grupo de control ($p < 0,05$), lo que sugiere un claro efecto del tratamiento en la mejora del estilo cognitivo, aunque estas diferencias no fueron significativas en la fase de seguimiento ($p < 0,25$).

En resumen, el efecto del tratamiento parece eficaz para modificar la sintomatología depresiva y el estilo cognitivo de los participantes, tanto a corto, como a largo plazo. Sin embargo, el hecho de que el grupo sano difería significativamente de los otros dos grupos en todas las fases sugiere que la mejora del grupo tratado no llega a ser suficiente para lograr que los sujetos tratados sean iguales a los del grupo control. Por último, esta mejoría debe ser matizada también por la ausencia de diferencias a largo plazo con el grupo control, como analizaremos a continuación.

Discusión

El objetivo fundamental de esta investigación fue doble. En primer lugar, analizar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual breve aplicado a un grupo de estudiantes con sintomatología depresiva, para conocer su capacidad, no solo de mejoría de la sintomatología depresiva, sino también, de prevención de posibles recaídas. En segundo lugar, analizar si la previsible mejoría con este tipo de tratamiento se acompaña de una modificación del estilo cognitivo, acorde a los modelos de la indefensión aprendida (Abramson *et al.*, 1978) y de la tríada cognitiva negativa (Beck *et al.*, 1979), que permita una mejor prevención de la depresión en el futuro.

En el análisis de la eficacia de una terapia grupal breve cognitivo conductual sobre la sintomatología depresiva, los resultados mostraron un claro efecto significativo del tratamiento en la reducción de dichos síntomas a corto y largo plazo, que se reducen a niveles casi normales ($BDI < 10$). Al mismo tiempo, el hecho de que las puntuaciones del grupo de control no mostraran diferencias significativas entre-fases parece confirmar que dicha eficacia no se debe al mero paso del tiempo. Este efecto, sin embargo, debe matizarse. En primer lugar, aunque a corto plazo se confirma por las diferencias con el grupo control; no ocurre lo mismo a largo plazo, donde las diferencias dejan de ser significativas. En segundo lugar, tanto a corto, como a largo plazo, continúa habiendo diferencias

con el grupo de estudiantes controles, lo que parece indicar que el nivel de mejoría probablemente no sea suficiente, como analizaremos luego al comprobar los cambios en los estilos cognitivos de los estudiantes tratados.

Ahora bien, un análisis cualitativo de los datos presentados en la tabla 1, parece confirmar la relativa eficacia de la TCC, tanto a corto como a largo plazo, pues la tasa de mejoría y de prevención de recaída en este grupo es del 94%. Sin embargo, esta tasa de mejoría no ocurre en el grupo control, en el que, además, se observa una alta tasa de pérdidas, sobre todo de depresivos (BDI>17: 40% en postratamiento y 30% en seguimiento). Este hecho puede inducir un “falso efecto de mejora” en el grupo control, que de todas formas nunca llega a ser significativa cuando se compara con la fase de pretratamiento. Por último, es interesante constatar que en el grupo sano solo un individuo en la fase postratamiento presenta una sintomatología depresiva, que desaparece en la fase de seguimiento.

Con todo, estas hipótesis deberán ser comprobadas en investigaciones posteriores, mediante la utilización de técnicas de control para mejorar la pérdida de datos en muestras naturales tan amplias. En resumen, los resultados apuntan a una alta eficacia de este tratamiento cognitivo conductual breve y grupal en la mejoría de la sintomatología depresiva de los estudiantes tratados y un claro efecto de prevención de posibles recaídas futuras, lo que confirma resultados previos, tanto en el campo de la depresión clínica (Cuijpers *et al.*, 2013; Hofmann *et al.*, 2012; Hollon *et al.*, 2005; Maldonado, 1982), como en el campo educativo (Gilhan *et al.*, 1995). Ahora bien, dado que se mantienen las diferencias con el grupo sano, este efecto de mejora debe matizarse y se entenderá mejor al analizar el papel del estilo cognitivo durante el proceso de mejoría.

En el análisis del estilo atribucional y acorde con el modelo de indefensión aprendida, en primer lugar, se comprueba que, en la fase de pretratamiento, tanto el grupo TCC como el grupo de control manifiestan de entrada un estilo atribucional más depresógeno (interno-estable y global); mientras que el grupo sano tiende a hacer atribuciones más saludables, corroborando investigaciones previas (Herrera y Maldonado, 2002). En segundo lugar, el hecho de que en el grupo TCC se reduzca a corto y largo plazo, parece sugerir que un tratamiento cognitivo conductual sería eficaz para inducir una mejora en el estilo atribucional de los sujetos tratados. Ahora bien, el hecho de que en el grupo sano también se produzca una reducción significativa a corto y largo plazo; así como que en el grupo control se produzca también una mejora a largo plazo, sugiere dos elementos importantes. En primer lugar, que el estilo atribucional no es un rasgo permanente sino que se modifica en función de nuevas experiencias de aprendizaje (ya sea terapia; o bien, por ejemplo, una mejor adaptación a la nueva situación académica de los estudiantes universitarios conforme avanza su carrera). En segundo lugar, que el cuestionario de estilo atribucional no parece un indicador sensible de la eficacia terapéutica, entre otras razones, porque quizás no constituya una medida fiable de dicho estilo cognitivo.

Más relevante es, sin duda, el análisis del estilo cognitivo relacionado con los esquemas derivados de la triada cognitiva depresiva. Ante todo, en la fase de pretratamiento, se confirman las predicciones del modelo (Beck, 1967; Beck *et al.*, 1979). La visión de sí mismo, del mundo y del futuro es claramente más negativa

en los dos grupos con síntomas depresivos (TCC y control; CTI negativo o < 10), que en el grupo sano (CTI > 10). Es interesante constatar que la visión de sí mismo, es siempre menor que la visión de futuro, lo que puede comprenderse si tenemos en cuenta que se trata de jóvenes, que normalmente ven el futuro de manera más positiva y optimista. Además, el mero paso del tiempo y probablemente la mejor adaptación al sistema educativo universitario tiende a producir una ligera y significativa mejora del estilo cognitivo de los individuos del grupo sano, como apuntaban los resultados en el estilo atribucional.

Pero los resultados realmente relevantes, porque permiten clarificar los hallazgos previos, se observan al comprobar los cambios producidos como efecto del tratamiento. Como en el modelo anterior, se comprueba que el estilo cognitivo no es un factor fijo, sino que puede modificarse como efecto del aprendizaje. Así, se observa como en el grupo tratado se produce un claro y significativo efecto de mejoría en las tres dimensiones (visión de sí mismo, del mundo y del futuro), tanto a corto como a largo plazo, que no es significativa en el grupo control. Ahora bien, en el análisis de esta mejoría se observa también un doble efecto. En primer lugar, los individuos controles siguen siendo claramente diferentes de los otros dos grupos. En segundo lugar, las puntuaciones del grupo control continúan siendo negativas respecto a sí mismo, y ligeramente positivas en la visión del mundo y futuro, aunque continúan siendo menores o cercanas a 10. Por último, en el grupo de tratamiento, aunque se produce una mejora del estilo cognitivo, en el caso del yo queda lejos de 10; y en el caso del mundo y futuro, sí logra superar la barrera de los 10 puntos, aunque aun significativamente menor que en el caso de los sujetos sin depresión.

Este resultado es interesante porque permite entender cómo en los individuos tratados, en primer lugar, los cambios en sintomatología depresiva se acompañan de cambios en el estilo cognitivo; pero, sobre todo, explica por qué no consiguen el mismo grado de salud que los individuos sin depresión. De hecho, la visión de sí mismo apenas mejora, pero, además, en las otras dos dimensiones nunca alcanza los niveles de los individuos del grupo sano, al contrario de lo que ocurría con el estilo atribucional. De esta forma, podemos entender que el efecto de la terapia, aunque significativo, debería mejorarse, quizá incrementando el número de sesiones, para lograr una visión más positiva de sí mismo, de su vida y de su futuro. Alternativamente, el uso del CTI podría indicarnos hasta qué punto hemos logrado la mejoría de los pacientes tratados, y nos enseña que, sobre todo, debemos modificar la visión de sí mismos, para lograr un mayor nivel de mejoría y probablemente más estable. Estos resultados coinciden con investigaciones previas en las que se comprobaba que la triada cognitiva negativa es un mejor predictor de la depresión que, el estilo atribucional depresógeno; lo que podría convertir dicho estilo cognitivo en un índice de la mejora de la TCC de la depresión, al mismo tiempo que indica objetivos de cambio en el estilo cognitivo de los pacientes con síntomas depresivos.

Las limitaciones más importantes de este estudio son en primer lugar, el número reducido de sujetos que conformó la muestra en el grupo de tratamiento, por lo que sería necesario aumentar el tamaño de la muestra en un futuro. Además, dado que el nivel de mejoría no es tan elevado como se desearía, en

futuros estudios se debería no sólo trabajar con una mayor cantidad de sujetos; sino también, con una terapia constituida por un mayor número de sesiones, al menos cinco sesiones, como muestran investigaciones recientes (Lerma *et al.*, 2017; Lush y Melnyk, 2011; Nieuwsma *et al.*, 2012). Es interesante señalar que, los resultados obtenidos en el ASQ, al contrario de lo ocurrido con el CTI, no nos han permitido extraer conclusiones significativas con relación al estilo cognitivo de los individuos con o sin tratamiento, quizá debido a las limitaciones del propio cuestionario en la medida de dicho estilo atribucional. Pero, sobre todo, la pérdida de datos a corto y largo plazo en el grupo control y sano, obliga a ser precavidos en la interpretación de los resultados e ilustra la necesidad de nuevos trabajos para confirmar la eficacia de una TCC breve y grupal en el tratamiento y prevención de la depresión en ambientes educativos con un mejor seguimiento de todos los grupos.

En conclusión, el presente estudio ha permitido comprobar cómo una terapia cognitivo conductual breve y grupal en el ámbito universitario ha producido una mejoría prácticamente en el 100% de los casos de la sintomatología depresiva, tanto a corto como a largo plazo. Ahora bien, estos resultados deben ser interpretados con precaución, dado que su nivel de mejoría no alcanza los niveles de salud del resto de estudiantes sin depresión previa.

Por otro lado, se esperaba conseguir un cambio del estilo cognitivo encontrándose una mejora que no fue significativa en el caso de los estudiantes depresivos y subdepresivos que formaban el grupo de control, a pesar de la pérdida de sujetos (con una mayor proporción de depresivos). Sin embargo, en el grupo tratado, el cambio en la triada cognitiva negativa y las mejoras, aunque significativas, no alcanzaron los niveles de positividad de los individuos sanos, y especialmente con relación a la visión de sí mismo.

En resumen, los resultados de esta investigación sugieren una vez más, la eficacia de los modelos cognitivos para la comprensión, tratamiento y prevención de recaída de la depresión en ambientes universitarios, incluso siendo la terapia breve y en grupo. Además, se puede comprobar cómo la tríada cognitiva es mejor predictor del estado emocional y menos sensible al paso del tiempo que el estilo atribucional, aunque esto puede deberse en parte a los problemas de fiabilidad del cuestionario ASQ.

Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74. doi: 10.1037/0021-843X.87.1.49
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad- Empresa.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York, NY: Harper & Row.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. Nueva York, NY: Guilford.
- Beckham, E. E., Leber, W. R., Watkins, J. R., Boyer, J. L. y Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the Cognitive Triad Inventory.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 566-567. doi: 10.1037/0022-006X.54.4.566
- Blanco, V., Otero, P., López, L., Torres, Á. y Vázquez, F. L. (2017). Predictores del cambio clínicamente significativo en una intervención de prevención de la depresión. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(1), 9-20. doi: 10.23923/j.rips.2017.08.002
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. y Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A. y Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for adult depression, alone and in comparison, with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385. doi: 10.1177%2F070674371305800702
- Gillham, J., Reivich, K., Jaycox, L. H. y Seligman, M. (1995). Prevention of depressive symptoms in schoolchildren: two year follow up. *Psychological Science*, 6(6), 343-351. doi: 10.1111%2Fj.1467-9280.1995.tb00524.x
- Hagaa, D., Dyck, M. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110(2), 215-236.
- Hammen, C. (2009). Adolescent depression: stressful interpersonal contexts and risk for recurrence. *Current Directions in Psychological Science*, 18(4), 200-204. doi: 10.1111%2Fj.1467-8721.2009.01636.x
- Herrera, A. y Maldonado, A. (2002). Cognición y depresión: ¿causa o efecto? *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 10(2), 269-286.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. y Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B. y Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 417-422. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.417
- Hollon, S. D. y Shelton, R. C. (2001). Treatment guidelines for major depressive disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 235-258. doi: 10.1016/S0005-7894(01)80004-6
- Houston, D. M. (2016). Revisiting the relationship between attributional style and academic performance. *Journal of Applied Social Psychology*, 46(3), 192-200. doi: 10.1111/jasp.12356
- Huang, C. (2015). Relation between attributional style and subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Cognitive Therapy and Research*, 39(6), 721-735. doi: 10.1007/s10608-015-9700-x
- Joiner, T. E. y Wagner, K. D. (1995) Attributional style and depression in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 15(8), 777-798. doi: 10.1016/0272-7358(95)00046-1
- Lerma, A., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Peralta-Pedrero, M. L., Robles-García, R. y Lerma, C. (2017). Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 105-123. doi: 10.1111/papt.12098
- Lush, P. y Melnyk, B. M. (2011). The brief cognitive-behavioral COPE intervention for depressed adolescents: outcomes and feasibility of delivery in 30-minute outpatient visits. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(3), 226-236. doi: 10.1177%2F1078390311404067

- Maldonado, A. (1982). Behavioral therapy and depression. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37(1), 31-56.
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D. y Williams Jr, J. W. (2012). Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 129-151. doi: 10.2190%2FPM.43.2.c
- Oliver, J. M. y McGee, J. (1982). Cognition as a function of depression in a student population: content and complexity of cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), 275-286. doi: 10.1007/BF01173576
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Depresión*. https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Palomares, A. y Sanjuán, R (1995). *A Spanish version of Attributional Style Questionnaire (ASQ)* [comunicación oral]. IV European Congress of Psychology, Atenas, Grecia.
- Peterson, C., Maier, S. F y Seligman, M. E. (1993). *Learned helplessness: a theory for the age of personal control*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Peterson, C., Semmel, A., vonBaeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6(3), 287-300. doi: 10.1007/BF01173577
- Sanjuan, R y Magallares, A (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 91-98. doi: 10.5944/rppc.vol.11.num.2.2006.4020
- Sudak, D. M. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression. *Psychiatric Clinics*, 35(1), 99-110. doi: 10.1016/j.psc.2011.10.001
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720. doi: 10.1016/j.cpr.2010.05.003
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernán, L. y Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 18(1), 139-165.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario de la depresión de Beck 1978. *Clinica y Salud*, 8(3), 403-422.
- Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V., Otero, P. y Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 39-52. doi: 10.1016/S2171-2069(15)70005-0
- Williams, M. (1992). *The psychological treatment of depression*. Londres: Routledge.
- Yost, I. E. (1986). *Group cognitive therapy*. Londres: Pergamon.

RECIBIDO: 30 de noviembre de 2020

ACEPTADO: 13 de mayo de 2021

Anexo 1**Técnica de autoobservación**

Explicación:

- a) Cuando experimente una emoción desagradable (o agradable en su caso), anote la situación que parece estimular dicha emoción (si la emoción ocurre mientras estaba pensando o imaginando algo, etc., anote esa circunstancia específica).
- b) Anote ahora el tipo concreto de emoción y evalúe el grado de intensidad de la emoción (1= casi nada intensa; 10= lo más intensa posible).
- c) Luego, anote los pensamientos automáticos asociados a esa situación y emoción.
- d) Finalmente, anote que hace o va a hacer en esa situación concreta y cuáles son las consecuencias y, además, observe y anote resultados posteriores.

Registro inicial: hoja de autoobservación

SITUACIÓN Describe	EMOCIÓN (1-10) Específica	PENSAMIENTO Observa y anota	CONDUCTA/CONSECUENCIAS Reacciones y resultados

Anexo 2

Técnica de la doble columna

Explicación:

- Quando experimente una emoción desagradable (o agradable en su caso), anote la situación que parece estimular dicha emoción (si la emoción ocurre mientras estaba pensando o imaginando algo, etc., anote esa circunstancia específica).
- Anote ahora el tipo concreto de emoción y evalúe el grado de intensidad de la emoción (1= casi nada intensa; 10= Lo más intensa posible).
- Anote los pensamientos automáticos asociados a esa emoción. Evalúe el grado de seguridad que tiene de cada pensamiento (1%= nada seguro; 100%= completamente seguro)
- Posteriormente, intente y anote una respuesta racional, positiva y realista al pensamiento automático. Finalmente, evalúe el grado de creencia en dicha respuesta racional y reevalúe el pensamiento automático previo y la emoción consecuente.
- Asimismo, escriba la respuesta conductual más adecuada a esa situación según el tipo de respuesta racional o pensamiento actual. Intente realizarla y anote cuáles fueron los resultados obtenidos.

Ficha 2 (B). Técnica de la doble columna: Hoja de autoobservación

SITUACIÓN Describe	EMOCIÓN (1-10) Especifica	PENSAMIENTO Observa y anota	CAMBIO DE PENSAMIENTO Reevalúa	CONDUCTA/CONSECUENCIAS Reacciones y resultados