



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Benedito Monleón, M^a Carmen; Carrió Rodríguez, M^a Carmen; Valle del Valle, Gema del; Domingo González, Agustín

Protocolo de tratamiento psicológico grupal para abordar sintomatología depresiva

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 92, octubre-diciembre, 2004, pp. 165-176

Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019658009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*M^a Carmen Benedito Monleón, M^a Carmen Carrió Rodríguez, Gema del Valle del Valle,
Agustín Domingo González*

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICÓLOGICO GRUPAL PARA ABORDAR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

PSYCHOLOGICAL GROUP THERAPY TO MANAGE DEPRESSION SYMPTOMATOLOGY

■ RESUMEN

Este artículo propone un protocolo de terapia grupal para el tratamiento de los síntomas depresivos, cada vez más frecuentes en los trastornos mentales y en las enfermedades orgánicas. Con esta iniciativa pretendemos disminuir la presión asistencial existente en las Unidades de Salud Mental y optimizar los escasos recursos humanos y materiales existentes en el sistema sanitario público. El trabajo incluye la descripción del contenido de cada sesión y un modelo explicativo integrador de la etiología, psicopatología y tratamiento de la sintomatología depresiva.

Palabras clave: Terapia de grupo, síntomas depresivos, protocolo.

■ SUMMARY

This paper proposes a psychological group therapy protocol to treat depressive symptoms in mental and organic diseases. We aim to reduce assistance demand in Mental Health Units and optimize the few human and material resources of the public sanitary services. This work includes a detailed description of the content of each session, as well as an explanatory model of depression about the etiology, psychopathology and treatment of depressive symptoms.

Key words: Group therapy, depressive symptoms, protocol.



■ INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo se encuentran entre los trastornos mentales más comunes y el riesgo de padecerlos va en aumento en todo el mundo. En concreto, la depresión es probablemente el trastorno mental más frecuente en la clínica actual. Se puede estimar que su prevalencia en la población general es del orden del 9 al 20%. Aunque no todas las personas con depresión buscan atención especializada, los pacientes depresivos constituyen la población psiquiátrica más usual (1).

Según el DSM IV-TR (2), dentro de los trastornos depresivos se encuentra el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado. Pero además, existen otros trastornos que frecuentemente cursan con sintomatología depresiva como son los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos somatomorfos, los trastornos sexuales, los trastornos adaptativos, los trastornos de personalidad, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica y los trastornos de ansiedad.

La relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo es evidente. Además, esta vinculación se hace patente no sólo a nivel diagnóstico sino también a nivel terapéutico. En este sentido Bowen y otros (3) estudiaron 214 pacientes que padecían pánico con agorafobia y que fueron tratados con terapia cognitivo-conductual. Buscaron variables clínicas y demográficas que pudieran ser predictores de los resultados terapéuticos y tan sólo encontraron que las puntuaciones en depresión (evaluadas mediante el *Beck Depression Inventory*) y el número de sesiones de la terapia grupal, predecían los resultados terapéuticos. Los autores concluyeron que el nivel de depresión y el dominio de las habilidades adquiridas en la terapia grupal afectaban a los resultados obtenidos en el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico y agorafobia.

La diversidad diagnóstica de los trastornos depresivos coincide con una gran variedad terapéutica. Dentro de esta amplia gama de tratamientos, nos centraremos en los abordajes grupales. Sirvan de ejemplo los trabajos que a continuación mencionamos para ilustrar los resultados obtenidos en terapia grupal con pacientes depresivos.

Neimeyer y otros (4) estudiaron 352 pacientes deprimidos en un hospital psiquiátrico privado. Demostraron que la combinación de la terapia cognitivo-conductual grupal y las intervenciones farmacológicas producía una rápida mejoría en pocas semanas. En esta línea, Manning y otros (5) evaluaron a 531 pacientes psiquiátricos con diagnósticos heterogéneos, poniendo a prueba la eficacia de un tratamiento que combinaba psicofármacos y una terapia grupal cognitivo-conductual. Los autores encontraron una mejoría clínicamente significativa, que se mantuvo durante el año posterior a la finalización del tratamiento, en las medidas de depresión, ansiedad y locus de control de los pacientes que participaron en el estudio. Otro estudio que apoya la utilidad de la intervención cognitivo-conductual es el de Bright, Baker y

Neimeyer (6), en el que se demostró la eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal para reducir los síntomas depresivos. Centrándose en pacientes bipolares, Swartz y Frank (7) estudiaron la eficacia del tratamiento psicológico en la depresión bipolar y encontraron que la terapia cognitivo-conductual resultaba especialmente útil para dicha depresión. Finalmente, Kaas y Lewis (8) demostraron que la terapia grupal cognitivo-conductual es una intervención eficaz en el tratamiento de la depresión geriátrica. Además, puede ser utilizada en las residencias de la tercera edad para facilitar el buen funcionamiento y manejo de los residentes, así como para prevenir la depresión.

Desde otra perspectiva, Levkovitz y otros (9) evaluaron la eficacia de una psicoterapia interpersonal grupal para pacientes con trastorno depresivo, de moderado a severo. Compararon los resultados obtenidos con los de otro grupo de pacientes de condiciones similares que recibieron el tratamiento antidepresivo convencional. Se encontró que el grupo que recibió psicoterapia mejoró significativamente más que el que recibió farmacoterapia. La terapia interpersonal, además de resultar eficaz en los síntomas depresivos, facilitó a los pacientes la habilidad para afrontar la pérdida interpersonal y mejoró su funcionamiento personal. Los autores concluyen que la psicoterapia interpersonal grupal es un tratamiento altamente rentable a nivel de costo-beneficio con pacientes ambulatorios.

Pensamos que la literatura existente sobre el tema avala la utilidad de la terapia grupal con pacientes depresivos. Partiendo de esta evidencia, nuestra iniciativa tiene como objeto disminuir la creciente presión asistencial existente en las Unidades de Salud Mental y optimizar los escasos recursos humanos y materiales disponibles en el sistema sanitario público. Mediante el tratamiento grupal y el abordaje de síntomas depresivos, en lugar de trastornos, evitamos el entrenamiento reiterado del mismo contenido terapéutico en distintos pacientes y en patologías muy diversas. Propone mos por tanto una estrategia terapéutica común para distintos trastornos (tanto mentales como orgánicos crónicos) que cursan con sintomatología depresiva y que requieren la utilización de técnicas idénticas. Asimismo, ofrecemos un modelo explicativo integrador de la sintomatología depresiva que incluye todas las variables que se ha demostrado que están implicadas en la etiología, psicopatología y tratamiento de la depresión.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Antes de incluir a los pacientes en el programa grupal, se realiza una entrevista clínica individual, en la que se determina el diagnóstico y se valora el problema.

Los instrumentos de evaluación utilizados en el pretest, postest y los seguimientos son el *Beck Depression Inventory (BDI)* de Beck, Shaw y Emery y la *Escala de Adaptación (EA)* de Echeburúa y de Corral:

- El BDI es un instrumento dirigido a valorar la presencia de sintomatología depresiva de carácter fundamentalmente cognitivo. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta graduadas de 0 a 3. El sujeto evaluado selecciona aquella respuesta que más se ajuste a cómo se siente en la semana previa a la cumplimentación del cuestionario.
- La EA es un instrumento orientado a valorar el grado en que un determinado problema interfiere en distintas áreas de la vida (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y vida en general). Las respuestas aparecen graduadas en una escala de 0 (nada) a 5 (muchísimo).

El protocolo de intervención se compone de diez sesiones semanales de dos horas de duración. Es importante destacar que en todas las sesiones se adopta un estilo socrático. Los terapeutas pretenden mediante la formulación de preguntas que sean los pacientes quienes deduzcan los aspectos fundamentales de las sesiones. Además, al inicio de cada sesión, se revisan las tareas asignadas a los pacientes y se aclaran las dudas que les hayan surgido, respecto al contenido abordado en la sesión anterior. A continuación se especifica el contenido a tratar en cada sesión.

1ª SESIÓN. Esta primera sesión tiene como objetivo establecer un buen clima grupal que favorezca la adecuada evolución clínica de los pacientes. Contenido:

- *Identificar a los terapeutas y los diagnósticos:* Al inicio de la sesión se presentan los terapeutas y se señalan los distintos tipos de trastornos susceptibles de recibir este tratamiento grupal.
- *Presentación de los miembros del grupo y de sus problemas:* Cada uno de los pacientes se presenta a sí mismo y describe brevemente en qué consiste su cuadro psicopatológico.
- *Ventajas de la terapia grupal:* Se trata de hacer patente a los pacientes los beneficios que pueden obtener de la terapia grupal frente a la individual. Entre ellos, se destaca la posibilidad de aprender de otros, percibir que no se es el único, motivarse por la mejoría de otros, comprometerse públicamente con el cambio, beneficiarse de la asistencia,...
- *Evaluación pretest:* En esta fase de la evaluación se obtiene las puntuaciones en el BDI y en la EA antes del inicio del tratamiento (línea base).

MÓDULO TERAPÉUTICO PSICOEDUCATIVO

2ª SESIÓN. En esta sesión se identifican y describen cuáles son los síntomas depresivos más comunes y característicos. Contenido:

- *Qué es la depresión (características):*
- Estado de ánimo depresivo.
- Disminución del interés o de la capacidad para el disfrute.
- Pérdida o aumento de peso y/o apetito.

- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

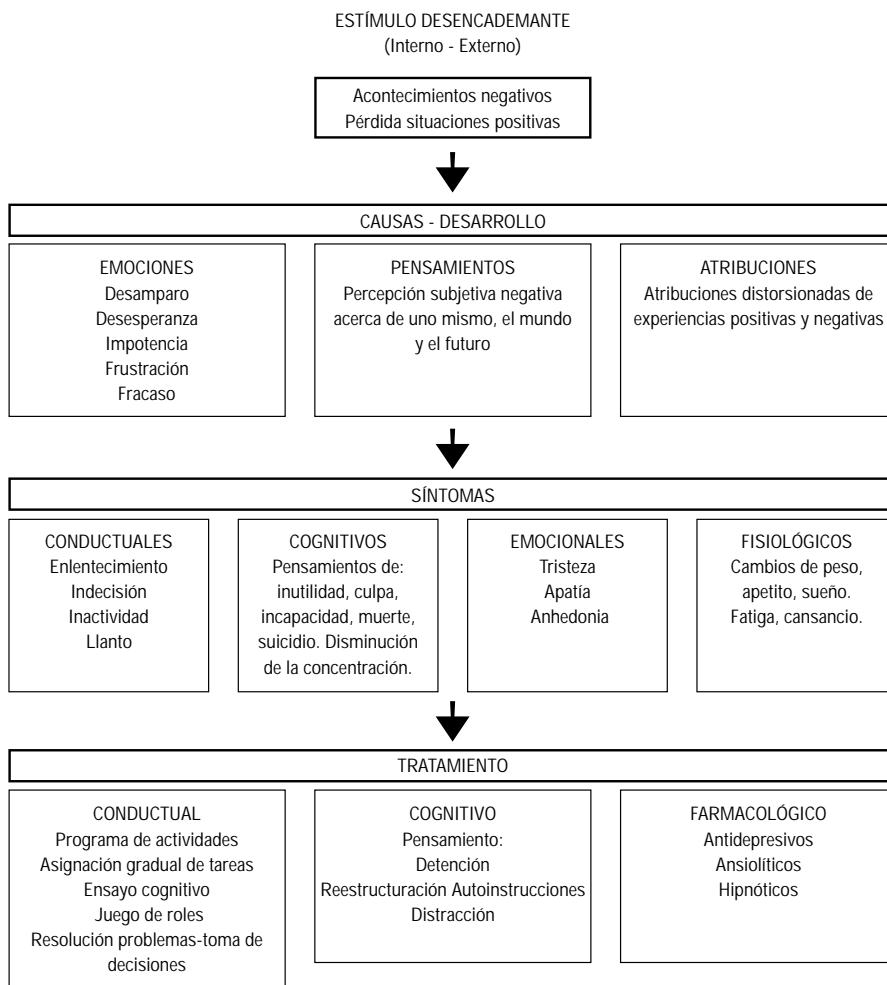
3ª SESIÓN. En esta sesión se trata de identificar y describir cuáles son los factores que originan la aparición de los síntomas depresivos. Contenido:

- *Por qué se produce (causas):*
- Acontecimientos negativos.
- Pérdida o disminución de acontecimientos o situaciones positivas.
- Experiencias de frustración, fracaso, desesperanza, impotencia,...
- Percepción subjetiva negativa acerca de mí, el mundo y el futuro: la persona con síntomas depresivos se percibe a sí misma, al mundo y al futuro de una forma negativa.
- Atribuciones distorsionadas de experiencias positivas y negativas: los acontecimientos negativos son valorados como dependientes de lo que la persona hace y constantes a lo largo del tiempo y de las situaciones. Por el contrario, se considera que los acontecimientos positivos dependen de factores externos a la persona y que ocurren de forma aislada, tanto a través del tiempo como de las situaciones.

4ª SESIÓN. El objetivo de esta sesión es que los pacientes entiendan cómo aparece, se mantiene y se trata la sintomatología depresiva. Contenido:

- *Presentación del modelo explicativo de la etiología, psicopatología y tratamiento de los síntomas depresivos:* Según dicho modelo explicativo (ver tabla 1), los desencadenantes de la sintomatología depresiva son la ocurrencia de un acontecimiento negativo y/o la no ocurrencia de un acontecimiento positivo esperado. Estos desencadenantes causan las emociones, los pensamientos negativos y las atribuciones o explicaciones inadecuadas de los hechos acontecidos. La combinación de estos factores da lugar a los síntomas depresivos que se manifiestan a nivel conductual, cognitivo, emocional y fisiológico. Por ello, el tratamiento propuesto combina la intervención farmacológica con la intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual.

TABLA 1
MODELO EXPLICATIVO DE LA ETIOLOGÍA, PSICOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS.



MÓDULO DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL.

5^a SESIÓN: *El objetivo de esta sesión es el de incrementar el ritmo de actividad diario del paciente, su sentido de competencia y su capacidad de disfrute. Para ello, se trabajarán las siguientes técnicas:*

- *Programa de actividades (dominio-agrado)*: Esta técnica consiste en planificar con los pacientes una serie de actividades para ocupar su tiempo. El objetivo es contrarrestar la escasa motivación de los pacientes, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, mediante la valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría), de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute.
- *Asignación de tareas graduales*: Se trata de que los pacientes lleven un ritmo progresivo de actividad, empezando por actividades simples y objetivos fáciles de lograr, siguiendo progresivamente con actividades cada vez más complejas y objetivos más difíciles. De este modo, se instaura y mantiene en los pacientes la idea de sí mismos como personas útiles y capaces.
- *Práctica de ensayo cognitivo*: Técnica que consiste en pedirle a los pacientes que imaginen sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Con esta estrategia, se facilita que presten atención a los detalles esenciales de las actividades, se contrarresta su tendencia a divagar y se identifican posibles obstáculos.
- *Juego de roles*: Consiste en que el terapeuta(s) y el paciente(s) adopten un papel y lleven a cabo la interacción social según el papel asignado.

6^a SESIÓN. El objetivo de la sesión es que los pacientes aprendan una estrategia efectiva para enfrentarse a sus problemas.

- *Resolución de problemas y toma de decisiones*: Esta técnica terapéutica presentada y desarrollada por D'Zurilla y Goldfried (10) consta de las siguientes fases:
 - Orientación general hacia el problema: Se trata de que los pacientes acepten el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz.
 - Definir el problema: Consiste en obtener información relevante sobre el problema, clarificar su naturaleza y establecer una meta realista de solución.
 - Buscar alternativas de solución: Se trata de tener tantas soluciones alternativas como sea posible.
 - Valorar las alternativas: Se valoran las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas de solución.
 - Elegir una de ellas y ponerla en práctica: Se selecciona la mejor alternativa y se pone en práctica, evaluando su efectividad.

MÓDULO DE TRATAMIENTO COGNITIVO.

7^a SESIÓN: Esta sesión se centra en el papel de los pensamientos en general y sus características específicas dentro del ámbito de los trastornos depresivos. El contenido que se trabaja es el siguiente:

- *Influencia del pensamiento en las emociones y conductas:* Basándose en la teoría racional-emotiva de Ellis (11), se trata de destacar la importancia que tiene la interpretación que cada uno hace de la realidad y cómo ello repercute en los sentimientos y las conductas.
- *Reestructuración cognitiva:* Mediante el empleo de ejemplos idiosincrásicos de los pacientes, se trata de que aprendan a identificar sus distorsiones cognitivas y sus pensamientos automáticos negativos. Se abordan los siguientes aspectos:
 - *Sesgos de pensamiento:* Son errores que se comenten a la hora de interpretar la realidad. Los más comunes son:
 - *Sobregeneralización:* Proceso de extraer una regla general a partir de uno o varios hechos aislados.
 - *Error de evidencia:* Llegar a conclusiones sin contar con datos suficientes.
 - *Certeza vs probabilidad:* Consiste en valorar los hechos como seguros en lugar de como probables.
 - *Pensamiento todo-nada:* Tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo, sin considerar términos relativos e intermedios.
 - *Pensamiento absolutista:* Valoración extremadamente negativa de la realidad.
 - *Identificación de pensamientos negativos:* Son ideas o imágenes estereotipadas, de aparición repentina e inintencionada (automáticos), que no son fácilmente controlables y parecen plausibles a la persona en el momento de su ocurrencia. Además, contienen términos absolutos (p.e. horrible, insopportable, imposible, etc.) y predicen acontecimientos negativos.

8º SESIÓN: Esta sesión tiene como objetivo el aprendizaje de estrategias cognitivas que ayuden a los pacientes a sustituir los pensamientos que les interfieren por otros más adaptativos. Se trabajan las siguientes técnicas terapéuticas:

- *Técnicas de detención de pensamientos negativos:* El procedimiento consiste en interrumpir el pensamiento negativo, bien mediante el uso de una orden verbal (decirse a sí mismo «para» o «stop») o bien a través de una autoestimulación negativa (p.e. pellizcarse).
- *Entrenamiento en desafío de pensamientos negativos:* Esta técnica se centra en que los pacientes aprendan a desarrollar argumentos que reduzcan la intensidad y validez de los pensamientos negativos. Algunas alternativas para retar los pensamientos negativos son las siguientes:
 - Antes de estar deprimido ¿percibía mi realidad tan negativamente como ahora?
 - ¿Estoy minimizando aspectos positivos?
 - ¿Estoy exagerando los aspectos negativos?
 - ¿Es realista y objetivo lo que pienso?

- ¿Me sirve pensar así?, ¿es tan horrible?
- ¿Cómo pensaría otra persona?
- Pruebas a favor y en contra
- Evidencias como hipótesis
- Análisis de probabilidades
- Desdramatización
- Factores de auxilio
- Explicación alternativa, reatribución
- *Entrenamiento en autoinstrucciones:* Esta técnica pretende modificar el monólogo interno de los pacientes, de forma que las autoverbalizaciones negativas sean sustituidas por autoverbalizaciones positivas.
- *Técnicas de distracción:* El objetivo de esta técnica consiste en realizar una actividad que compita con las cogniciones negativas, de forma que propicie un cambio en el foco de atención. Entre dichas actividades, se encuentran:
 - Centrar la atención en el entorno(p.e. contar coches, describir objetos,...)
 - Realizar actividades mentales incompatibles (p.e. hacer cálculos matemáticos, programar la agenda del día, hacer la lista de la compra,...)
 - Cambiar de situación y/o actividad (p.e. cambiar de lugar, llamar por teléfono, darse un baño,...)

MÓDULO TERAPÉUTICO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

9^a - 10^a SESIÓN: El objetivo de estas sesiones es favorecer que la mejoría clínica de los pacientes se consolide y mantenga de forma estable, consistente y duradera. Con tal fin se trabaja:

- *Prevención de recaídas:* Se analiza cuál ha sido la evolución del problema, desde el inicio hasta la finalización del tratamiento, se resumen las técnicas aprendidas a lo largo de las sesiones, se atribuye la mejoría tanto al tratamiento como al paciente, y se analiza el afrontamiento de posibles problemas futuros.
- *Evaluación postest:* En este momento de evaluación se obtienen las puntuaciones en el BDI y la EA inmediatamente después de haber finalizado el tratamiento.

SEGUIMIENTOS.

- *Se establecen tres momentos de seguimiento:* al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de la finalización del tratamiento. En cada una de las tres fases de seguimiento se evalúa cuál ha sido la evolución de cada paciente durante el tiempo transcurrido desde la última sesión y se cumplimentan los instrumentos previamente utilizados en el pretest y postest (BDI y EA).



■ DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con Pérez y García (12), hay tres tratamientos psicológicos que tienen mostrada su eficacia en la depresión mediante estudios controlados. Éstos son la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la terapia interpersonal. Además, todas son susceptibles de aplicación en grupo, y no sólo como tratamiento en fase aguda sino también como continuación, mantenimiento, prevención de recaídas y recurrencias. Según estos autores, la eficacia ha mostrado ser, como mínimo, igual a la eficacia de la medicación antidepresiva, y tanto en las condiciones menos severas como en las más severas. Tal como hemos expuesto en la descripción de nuestro tratamiento, el protocolo que proponemos incluye los componentes de los tres tratamientos que señalan Pérez y García (12).

Es evidente que las terapias psicológicas son susceptibles de ser aplicadas en grupo, de modo que su eficacia puede multiplicarse haciendo más eficientes. La terapia de grupo no tiene sólo un interés de eficiencia, sino que también es de interés para la eficacia. En esta línea, un estudio de Echeburúa y otros (13) ha demostrado la viabilidad de la terapia de grupos en centros de salud mental, lo que los propios autores valoran como un ahorro de costes importante.

Al igual que ocurre en la población adulta, la aplicación grupal del tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia es tan eficaz como la individual, pero se obtienen mejores resultados con grupos de terapia pequeños (14). En este sentido, Oei y Kazmierczak (15) estudiaron los factores que se relacionaban con el abandono de una terapia cognitivo-conductual grupal en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Encontraron que los sujetos que abandonaban participaban significativamente menos en el grupo que los que finalizaban el tratamiento. Lógicamente, el mayor número de participantes, aunque proporciona riqueza al grupo, dificulta las posibilidades de participación de cada miembro.

Tal como se recoge en la introducción, existen estudios que han demostrado la eficacia de las distintas técnicas de tratamiento que incluimos en nuestro protocolo. Sin embargo, no hemos encontrado trabajos que hayan integrado en un mismo protocolo de evaluación y tratamiento el abordaje grupal de los síntomas depresivos en distintos trastornos, sistematizando y aunando diferentes procedimientos terapéuticos.

Por otra parte, no tenemos constancia de trabajos que hayan desarrollado un modelo explicativo integral de la sintomatología depresiva que recoja todas las variables que se ha demostrado que están implicadas en la etiología, psicopatología y tratamiento de los síntomas depresivos.

Creemos que con nuestra iniciativa ofrecemos un tratamiento psicológico integral, que recoge todos los componentes terapéuticos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión. El modelo explicativo que hemos desarrollado sobre la etiología, psicopatología y tratamiento de la depresión permite abordar la problemática de distintos trastornos con idénticos procedimientos de evaluación e

intervención. En próximas publicaciones, ofreceremos los resultados obtenidos tras la aplicación del protocolo de tratamiento psicológico y en cada uno de los seguimientos establecidos.

Pensamos que los servicios públicos, dentro obviamente de la optimización de los recursos, deben aspirar a la prestación de la mejor asistencia posible. En este sentido, los protocolos de terapia grupal pueden proporcionar la eficacia, efectividad y eficiencia que todos deseamos en nuestro sistema sanitario público.

 BIBLIOGRAFÍA

1. Bernardo, M. «Epidemiología». En J. Vallejo y C. Gascó (eds.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, Barcelona, Masson, 2000, pp.217-226.
2. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, Washington, DC: APA, 2000.
3. Bowen, R.; South, M.; Fischer, D.; y Looman, T. «Depression, mastery and number of group sessions attended predict outcome of patients with panic and agoraphobia in a behavioural/medication program». *Canadian Journal of Psychiatry*, 1994, 39, 5, pp.283-8.
4. Neimeyer, R.A.; Baker, K.D.; Haykal, R.F.; y Akiskal, H.S. «Patterns of symptomatic change in depressed patients in a private inpatient mood disorders program». *Bulletin Menninger Clinical*, 1995, 59, 4, pp. 460-71.
5. Manning, J.J.; Hooke, G.R.; Tannenbaum, D.A.; Blythe, T.H.; y Clarke, T.M. «Intensive cognitive-behaviour group therapy for diagnostically heterogeneous groups of patients with psychiatric disorder». *Australian NZ Journal of Psychiatry*, 1994, 28 (4), pp. 667-74.
6. Bright, J.I.; Baker, K.D.; y Neymeyer, R.A. «Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67, 4, pp. 491-501.
7. Swartz, H.A. y Frank, E. »Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy». *Bipolar Disorders*, 2001, 3, 1, pp. 11-22.
8. Kaas, M.J. y Lewis, M.L..»Cognitive behavioural group therapy for residents in assisted-living facilities». *Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service*, 1999, 37, 10, pp. 9-15.
9. Levkovitz, Y.; Shahar, G.; Native, G.; Hirsfeld, E.; Treves, I.; Krieger, I.; y Fenning, S. «Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder-pilot study». *Journal of Affective Disorders*, 2000, 60, 3, pp. 191-195.
10. Becoña, E. «Técnicas de solución de problemas». En F.J. Labrador; J.A. Cruzado; y M. Muñoz (eds). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, Madrid, Pirámide, 1993, pp. 710-743.

11. Ellis, A. y Grieger, R. *Manual de terapia racional-emotiva*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1994.
12. Pérez, M. y García, J.M. «Guía de tratamientos eficaces para la depresión». En M. Pérez; J.R. Fernández; C. Fernández; I. Amigó (coord.). *Guía de tratamientos eficaces I*, Madrid, Pirámide, 2003, pp. 161-189.
13. Echeburúa, E.; Salaberría, K.; de Corral, P.; y Berasategui, T. «Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental». *Análisis y Modificación de Conducta*, 2000, 26, 108, pp.509-535.
14. Méndez, F.X.; Alcázar, A.I.R.; Montoya, M.; Espada, J.P.; y Olivares, J. «Guía de tratamientos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia». En M. Pérez; J.R. Fernández; C. Fernández; I. Amigó (coord.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III*, Madrid, Pirámide, 2003, pp. 57-85.
15. Oei, T.P. y Kazmierczak, T. «Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders». *Behaviour Research and Therapy*, 1997, 35, 11, pp. 1025-30.

M^a Carmen Benedito Monleón
Psicóloga Clínica
Unidad de Salud Mental de Burjassot. Área de Salud 05. Diputación de Valencia

M^a Carmen Carrión Rodríguez
Psicóloga Clínica
Unidad de Salud Mental de Burjassot. Área de Salud 05. Diputación de Valencia

Gema del Valle del Valle
Psicóloga Interno Residente
Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. Área de Salud 05. Conselleria de Sanitat

Agustín Domingo González
Médico Psiquiatra
Jefe de Servicio y Coordinador de Salud Mental. Área de Salud 05. Diputación de Valencia

CORESPONDENCIA A:
M^a Carmen Benedito Monleón
C/. 222 nº 16.
Urbanización El Plantío. La Cañada. Paterna. 46182