

La psicoterapia cognitivo-conductual en la depresión y su uso en el protocolo asistencial. Análisis crítico
Behavioural - Cognitive Psychotherapy on Depression and Its Use in Assistant Protocol, Deep Analysis

Dr. Ignacio Zarragoitia Alonso,^I Dra. Miriam de la Osa O'Reilly.^{II}

I Especialista de I y II grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar. Máster en Ciencias. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

II Especialista de I y II grado en Psiquiatría. Profesor Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción Por la relevancia que ha adquirido en el momento actual el trastorno depresivo, y la perspectiva que constituirá para el 2020, según la Organización Mundial de la Salud, la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, se hace necesario su abordaje tanto con los nuevos medicamentos antidepressivos como con la utilización de la psicoterapia, entre ellas la cognitivo-conductual.

Métodos: Se utilizaron diferentes buscadores o motor de búsquedas como Google académico, SCIELO, PUBMED, ClinicalKey, LIS y la Base de datos COCHRANE, Springerlink, revistas médicas y diferentes sitios WEB considerados de impacto en la temática indicada.

Desarrollo: Se realiza una breve exposición de los aspectos fundamentales de la psicoterapia cognitivo-conductual, su historia y metodología así como los tópicos que han constituido un hito de su aplicación en la depresión mediante una revisión temática.

Mediante investigaciones de efectividad y validación de mejoría de la depresión así como de trabajos de evidencia, dicho tipo de terapia ha resultado de una mayor aplicación en la práctica clínica.

Se hace necesario tener un mayor conocimiento de la misma y contribuir a su generalización para aquellas personas interesadas en dicha temática. Se exponen algunos elementos a tener en cuenta en este tipo de terapia y se realiza una valoración crítica.

Se añade la experiencia al respecto, fundamentando la misma en la incorporación de dicha forma de tratamiento al protocolo asistencial de depresión que desarrollamos en nuestro servicio de psiquiatría.

Conclusiones: Es necesario considerar no tener una excesiva confianza en las técnicas conductistas, olvidándose de otros aspectos importantes en el manejo psicoterapéutico de la depresión.

Se destaca la obtención del fortalecimiento de la alianza terapéutica, para reducir la tasa de abandonos y con ello aumentar el número de personas que se benefician de esta terapia.

Palabras clave: psicoterapia cognitivo conductual, depresión, protocolo.

ABSTRACT

Introduction: Due to the importance of depressive disorder and to the fact that will it be the second cause of disability on 2020 according to the World Health Organization, it is necessary to review not only the new anti-depressive drugs, but also psychotherapy and among them the behavioural - cognitive psychotherapy.

Methods: Web medical searches as Scholar Google, SCIELO, PUBMED, Clinical Key, LIS, COCHRANE, Springer link, magazines of medicine and other different Websites considered as important sites on the field were reviewed.

Development: A main aspects brief exposition of behavioural - cognitive psychotherapy, history and methodology; as well as the topics that constitute a guideline of its application through a thematic review. Through effective and validation researches of recovery of depression as well as evidence works, this kind of therapy is of great application in the clinical practice. It is necessary to acquire a major knowledge about this therapy and to contribute to its generalization for those interested on the theme. Some elements to take into account are exposed and a deep valuation is done. The experience is added to it supported in the integration of this kind of therapy to the medical care protocol of depression developed in our Psychiatry Service.

Conclusions: It is necessary do not have an excessive confidence on behavioural techniques and not taking into consideration important aspects in depression psychotherapy management. It is emphasized the strength obtained on the therapeutic alliance to reduce the rate related to walk out on and with it can increase the number of persons that this therapy benefits.

Keyword: behavioural - cognitive psychotherapy, depression, protocol

INTRODUCCIÓN

Hasta el momento el abordaje terapéutico de la depresión ha conllevado varias y profundas dificultades y más cuando la práctica de la psicoterapia se va extenuando, tanto a pacientes como a parientes. El tiempo para el desarrollo de esta modalidad terapéutica se torna escaso. Por lo tanto, se hace necesario realizar un análisis de este fenómeno y sobre todo con la psicoterapia que es la indicada en la depresión, la cognitivo conductual. Este es el objetivo principal del presente trabajo para de esta manera dar a conocer de forma razonada dicha temática e intentar crear una necesidad de aprendizaje. Cómo la depresión es un problema de salud a nivel internacional, todo el esfuerzo que se realice en su abordaje terapéutico, adquiere una relevancia fundamental.

De manera práctica dicha terapia se ha incluido en el protocolo de actuación del servicio de psiquiatría donde laboramos.

MÉTODOS

Para realizar el presente trabajo se utilizaron diferentes buscadores o motores de búsquedas como Google académico, SCIELO, PUBMED ClinicalKey, LIS y la Base de datos COCHRANE, Springerlink revistas médicas y los siguientes sitios WEB:

www.Psychiatrist.com

www.medscape.com

www.BMC.Psychiatry.com

www.BMJ.com

Se indicaron indistintamente los siguientes descriptores si la búsqueda se realizó en español o inglés: depresión, cognitive behavior therapy, depression. terapia cognitivo-conductual

DESARROLLO (por aspectos)

En una ocasión escribió *Oscar Wilde*:

“Cuando la gente está de acuerdo conmigo siempre siento que debo estar equivocado”.

Para llevar a cabo cualquier tipo de psicoterapia hacen falta solamente dos cosas imprescindibles: un terapeuta y un paciente. Pero a esto le podríamos agregar un adjetivo, lo que quedaría de esta forma: un “buen” terapeuta y un “buen” paciente. Esto a primera vista parece una verdad de Perogrullo, por lo que es necesario dar algunos elementos al respecto. No todo paciente reúne las características adecuadas para un tipo de terapia.

Aunque después supo rectificar, en sus inicios, el fundador del psicoanálisis planteaba que los ancianos no eran pacientes adecuados para someterlos a estos tratamientos.

O sea, desde comienzos de esta corriente se estableció una característica valorativa del paciente y esta cualidad de analizar qué tipo de paciente es apto para incluirlo en cualquier forma de psicoterapia sería la primera condición, de importancia capital, para lograr una adecuada efectividad de una terapia psicológica.

El segundo aspecto, el del terapeuta. Es muy conocido que la psicoterapia es ciencia, pero también es arte, características muy bien definidas tiene que tener el terapeuta para lograr los objetivos trazados pero además debe contar con un amplio conocimiento de la técnica que va a utilizar e ir teniendo en cuenta las peculiaridades individuales de cada paciente, no podemos, a presión, lo que dice la teoría, insertarlo en el paciente.

Como indica el profesor Alonso Fernández “podríamos calificar como placebo a los terapeutas de personalidad grata”; ¹ y por si fuera poco, le podríamos agregar el tercer elemento en que se basa esta interrelación terapéutica, la alianza, la alianza terapéutica que se llega a establecer en los dos elementos del sistema.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es definida como un modelo de intervención o tratamiento psicológico empleada en diversos trastornos psíquicos, entre ellos la depresión.

Es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo. Opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente.

Consta de 3 fases o etapas: la evaluación, la intervención propiamente dicha y el seguimiento.

Se apoya en 4 pilares teóricos básicos: los aprendizajes clásico (Pavlov, Watson), respondiente/operante (Skinner), social (Bandura) y cognitivo (Beck, Ellis). Otros que se pueden invocar están Edward Thorndike, Lev Vygotski y Wolpe.

Los orígenes más remotos de la psicoterapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a. C al 180 d. C) y de las religiones orientales budista y taoísta.

La filosofía estoica fundada por el griego Zenón consideraba que la ciencia era indispensable para dirigir la vida, por medio del ejercicio de la virtud que conllevaba a la felicidad. Para alcanzar esta meta debían gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodomínio. Estas consideraciones fueron defendidas por otros filósofos estoicos griegos

(Zenón de Citio, Crisipo y Epicteto) y romanos (marco Aurelio, Séneca y Cicerón). También la religión fundada por Buda (año 556 a.n.e.) se basaba en el dominio del sufrimiento personal mediante el manejo de las pasiones. Para alcanzar el estado de insensibilidad e indeterminación total (nirvana) había que manejar los falsos juicios del sujeto, contruidos en su pensamiento y actitudes.

Corría el año 1957, cuando A. Beck trabajaba como psicoanalista interesado en la investigación de la depresión. Buscaba, como mantenía el psicoanálisis, que en las depresiones había una hostilidad vuelta hacia uno mismo. Los resultados de su investigación no confirmaron esta idea. Esto le llevó inicialmente a cuestionarse la validez de la teoría psicoanalítica de la depresión, abandonando posteriormente el psicoanálisis.

Los datos que obtuvo en su investigación reflejaban más bien que los pacientes deprimidos "seleccionaban" de manera focalizada su visión de los problemas, presentándolos como negativos.

Además, encontró que la práctica del psicoanálisis, una terapia realmente larga (mayor de tres años), arrojaba escasos resultados a la hora de mejorar a los pacientes depresivos. Esto le motivó a centrarse más en los aspectos cognitivos de los trastornos psicológicos y de la psicoterapia.²

Como ha quedado establecido históricamente los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aaron Beck.

Fundamentación psicológica.

Las terapias cognitivo-conductuales son aplicaciones de investigaciones científicas a la psicología clínica y la psiquiatría, con aportaciones desde las neurociencias y las ciencias sociales.

Beck parte de su trabajo sobre la depresión y observa que en este y otros trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conducta. Este concepto de Estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de "Esquema cognitivo" y en el ámbito clínico el de "Supuestos personales". Equivalen a las creencias irracionales según la concepción de Ellis. Estas asunciones o supuestos son adquiridas en etapas tempranas de la vida, permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos que suelen ser distorsionados (Distorsiones cognitivas) generando a su vez problemas emocionales, conductuales y relacionales. La detección por el propio sujeto de sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación, y de los supuestos personales que la sustentan, constituye la "Terapia Cognitiva", propuesta por Beck.

Suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (Ej. amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva).

Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (evitación, descenso de la actividad.), siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo".

Desde el punto de vista teórico, lo que va a dar integración al conjunto de propuestas clínicas, es la idea de conducta, que incluye la emoción y la cognición, y no sólo el comportamiento motor públicamente observable. Por otra parte, desde el punto de vista del abordaje, las diversas estrategias cognitivo-conductuales son enteramente compatibles e integradas en cada plan de tratamiento. La integración es razonable, pues las diferentes categorías de conducta (acción, emoción y cognición) trabajan conjuntamente en cada ser humano y son mutuamente influyentes, dentro de una estructura de personalidad formada por condiciones ambientales y biológicas tanto históricas como actuales, sin perder de vista, además, los efectos en retroalimentación que tiene la conducta del individuo con su ambiente.

La terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales.

En resumen la TCC tiene tres principios importantes:

1. El paciente debe aprender a distinguir entre la realidad y la percepción de esa misma realidad.
2. Esta percepción de la realidad se ve modificada y está sujeta a diversos procesos de aprendizaje, que son en sí mismos fruto del error.
3. Lo anterior supone conseguir que el paciente asuma y contemple sus creencias como hipótesis que puede convertir en un fenómeno sujeto a verificación, negación y modificación.³

Se hace necesario precisar que la depresión es un trastorno primario del estado de ánimo, y es por medio de los elementos cognitivos, que se abordan en este tipo de psicoterapia, que se puede llegar a modificar el afecto.

En el abordaje de la depresión no se puede soslayar que hay múltiples investigaciones científicas en que la combinación de la psicoterapia con la psicofarmacología hacen más efectiva la intervención terapéutica tanto en la pronta mejoría, la remisión de la sintomatología como en evitar las recaídas y recurrencias, por lo que se hace necesario la utilización de la psicoterapia como una herramienta de gran valor dentro de los tratamientos disponibles en el área de su competencia, como elemento fundamental de su actividad clínica y dejando atrás infértiles dicotomías terapéuticas.

El enfermo con trastornos psíquicos con frecuencia tiene necesidad de hablar, de ser escuchado de exteriorizar sus problemas y conflictos y la psicoterapia puede proporcionar ese espacio donde además de atender la resolución de los síntomas que motivan la consulta puede resolver entre otros asuntos la propia carga y estigmatización de saberse enfermo y en qué medida esto puede afectar su autoestima y su vida social, familiar laboral y económica, fortaleciendo de esta forma la alianza terapéutica y el apago necesarios para la recuperación del enfermo.⁴

Hoy los procesos terapéuticos, independiente de su marco teórico y técnica de aplicación tienen una tendencia a ser más breves focalizados con objetivos realistas preestablecidos y medibles; es de destacar en que comparten coincidencias al promover aspectos tales como fortaleza yoica, mejora de autoestima, independencia emocional, y económica, capacidad de asumir responsabilidades, y de establecer vínculos afectivos, nuevas habilidades de resolución a los problemas y afrontamiento efectivo ante el estrés normal de la vida.

En La TCC se distinguen tres objetivos generales en el tratamiento del síndrome depresivo:

- 1º Modificación de los síntomas objetivos. Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el síndrome. En función de la urgencia y acceso de modificación inicial, el terapeuta inicia su abordaje.
- 2º Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.
- 3º Identificación de los supuestos personales, y modificación de los mismos.

Terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual

Esta modalidad intenta modificar pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, sin profundizar en el análisis de la intrapsique. Entre otros recursos, se apoya sobre todo en técnicas de relajación, de adquisición de habilidades sociales y de afirmación de la asertividad.

Se ha mostrado eficaz en el tratamiento de las depresiones unipolares no psicóticas, sobre todo la depresión neurótica o distimia.

En las depresiones unipolares psicóticas y depresiones bipolares su empleo puede estar indicado junto a la medicación pertinente.⁵

Evidencia de eficacia clínica

Los resultados de investigaciones clínicas controladas dan fuerte apoyo a la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales en general. Los resultados no deben confundirse entre sí, puesto que el grado de eficacia es variable y resulta dependiente del tipo de problema conductual, de tal manera que unas técnicas son mejores que otras y la integración de tecnología cognitiva y conductual parece rendir mejores resultados.

El auge de psicoterapia se ha basado en teorías psicológicas y efectos clínicos. Sin embargo, una investigación de los mecanismos del neurobiológicos de intervenciones psicológicas es también

necesaria para mejorar indicación y pronóstico.

Actualmente parece haberse generado tres macromodelos de terapias cognitivas:

1. Las terapias cognitivas semánticas (Ej. Ellis y Beck), que mantienen el rol de las creencias disfuncionales y pensamientos distorsionados en la génesis de los trastornos.
2. Las terapias cognitivas-conductuales centradas en un equilibrio híbrido entre las teorías-intervenciones conductuales tradicionales y las cognitivas semánticas (Ej. R. Lazarus).
3. Los constructivistas, centrados en la exploración de significados alternativos en un modelo antiabsolutista.

Hay múltiples investigaciones científicas en que la combinación de la psicoterapia con la psicofarmacología hacen más efectiva la intervención terapéutica tanto en la pronta mejoría, la remisión de la sintomatología como en evitar las recaídas y recurrencias por lo que se hace necesario la utilización de la psicoterapia como una herramienta de gran valor dentro de los tratamientos disponibles en el área de su competencia, como elemento fundamental de su actividad clínica y dejando atrás infértiles dicotomías terapéuticas.⁶

El enfermo con trastornos psíquicos con frecuencia tiene necesidad de hablar, de ser escuchado, de exteriorizar sus problemas y conflictos y la psicoterapia puede proporcionar ese espacio donde además de atender la resolución de los síntomas que motivan la consulta puede resolver entre otros asuntos la propia carga y estigmatización de saberse enfermo y en qué medida esto puede afectar su autoestima y su vida social, familiar laboral y económica, fortaleciendo de esta forma la alianza terapéutica y el apago necesarios para la recuperación del enfermo.

Hoy los procesos terapéuticos,⁷ independiente de su marco teórico y técnica de aplicación tienen una tendencia a ser más breves, focalizados, con objetivos realistas preestablecidos y medibles; es de destacar que comparten coincidencias al promover aspectos tales como fortaleza yoica, mejora de autoestima, independencia emocional, y económica, capacidad de asumir responsabilidades, y de establecer vínculos afectivos, nuevas habilidades de resolución a los problemas y afrontamiento efectivo ante el estrés normal de la vida.^{8,9}

Junto a la moderna tecnología se ha proyectado continuar investigaciones imagenológicas como marcadores de mejoría con tratamiento psicoterapéutico y la novedosa forma por medios computacionales.^{10,11} Dada la importancia establecida de los cuadros depresivos y su frecuente asociación con enfermedades médicas, llegando a influenciar de manera señalada sobre la adecuada evolución de dichas enfermedades, se hace necesario establecer, de manera protocolizada, la regulación de actuaciones en lo referente al diagnóstico, tratamiento, evolución y seguimiento de forma ambulatoria de aquellos pacientes portadores de este trastorno psiquiátrico.

Desarrollar este trabajo sistemáticamente determinará la unificación de criterios de investigaciones científicas, no sólo a nivel de nuestro hospital, sino en el sistema nacional de salud y proporcionará un adecuado instrumento de trabajo en la labor del especialista en psiquiatría en su faena de atención a enfermos con otros padecimientos, tanto médicos como quirúrgicos, incluyendo los trasplantados de diferentes órganos.¹²

Por todo lo anteriormente expresado la terapia cognitivo conductual fue la indicada para formar parte del arsenal terapéutico en el tratamiento de la depresión.^{13,14}

En nuestro servicio de psiquiatría hemos incorporado la terapia cognitivo conductual en el protocolo de actuación de la depresión, lo que ha incrementado el nivel de especificidad en el manejo de la depresión y el paciente adquiere una actitud más activa y de participación de su enfermedad, pues llega a entender y controlar aquellos pensamientos que lo mantienen en un estado de constante sufrimiento.

El protocolo de actuación no se manifiesta como instrumento rígido, no es maniatar al especialista en su actividad asistencial, las variaciones y actualizaciones forman parte de su razón de ser.

Se considera que la aplicación de este tipo de actuación médica favorece y califica de manera satisfactoria la actividad asistencial del especialista, formando parte de la labor formativa del residente.

CONCLUSIONES

Existe evidencia que soporta la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión.^{15,18}

Sin embargo, todos los estudios estuvieron asociados con índices de abandono considerables y se presentó poca evidencia con respecto a la preferencia de los participantes y de la aceptación de la terapia.

Se requiere de mayor investigación para determinar el lugar de la TCC en el rango potencial de opciones de tratamiento ofrecidas a individuos con depresión.¹⁹

No obstante, se establece en el algoritmo para el tratamiento de la fase aguda en el trastorno depresivo mayor, la utilización de la psicoterapia, entre ellas la cognitivo conductual, que constituye una primera línea de tratamiento en las depresiones leves.

La combinación de farmacoterapia y psicoterapia puede mejorar la respuesta al tratamiento, reducir el riesgo de recaídas, mejorar la calidad de vida e incrementar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

La psicoterapia es de un valor fundamental cuando están presentes estresores psicosociales, dificultades interpersonales o trastornos de personalidad.^{20,22}

Pero es necesario considerar no tener una excesiva confianza en las técnicas conductistas, olvidándose de otros aspectos importantes en el manejo psicoterapéutico por lo que:

Recomendamos realizar un mayor fortalecimiento de la alianza terapéutica, para reducir la tasa de abandonos y con ello aumentar el número de personas que se benefician de esta terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso-Fernández F. La psicoterapia en el enfermo depresivo y otras estrategias complementarias. Disponible en www.biopsicologia.net
2. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper y Row.1967.
3. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. Clinical Psychology Review.2006; 26, 17-31.
4. King M, Davidson O, Taylor F. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behavior therapy to treat patients with depression: randomized controlled trial. BMJ 2002; 324:947-50.
5. Merrill KA, Tolbert VE, Wade WA. Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: a benchmarking study. J Consult Clin Psychol 2003; 71:404-9.
6. Conradi HJ, de Jonge P, Ormel J. Cognitive-behavioural therapy v. usual care in recurrent depression. The British Journal of Psychiatry.2008; 193: 505-6.
7. Mojtabai R, Olfson M. National Trends in Psychotherapy by Office-Based Psychiatrists Arch Gen Psychiatry. 2008; 65(8):962-70.
8. About cognitive therapy. The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research website. Disponible en: <http://www.beckinstitute.org/Library/InfoManage/Guide.asp?FolderID=200&SessionID={C2B865B0-C678-401C-B776-47F352D4CFC9}>.
9. DeRubis RJ. Cognitive therapy vs. medication in the treatment of moderate to severe depression. Archives of General Psychiatry 2005, 62: 409-16.
10. Hollon SD. Prevention of relapse following cognitive therapy vs. medication in moderate to severe depression. Archives of General Psychiatry 2005, 62: 417-22.

11. Kaltenthaler E, Parry G, Beverley C, Ferriter M. Computerised cognitive-behavioural therapy for depression: systematic review. *British journal of psychiatry*. 2008 Sep; 193(3):181-84.
 12. Glymour MM, Maselco J, Gilman SE, Patton KK, Avendaño M. Depressive symptoms predict incident stroke independently of memory impairments. *Neurology*. 2010; 7; 75(23):2063-70.
 13. de Maat S, Dekker J, Schoevers R, et al. Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depress Anxiety*. 2008; 25(7):565-74
 14. Dobson KS, Hamilton KE. Cognitive restructuring: Behavioral tests of negative cognitions. In: W O'Donohue JE, Fisher, SC Hayes. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. Hoboken. NJ: John Wiley & Sons, Inc; 2003:84-8
 15. Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. [Cognitive Therapy for Depression](http://www.aafp.org/afp/20060101/83.html). *American Family Physician* 2006 enero 1. Disponible en <http://www.aafp.org/afp/20060101/83.html>
 16. Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002; 68:159-65
 17. Parker G, Roy K, Eyers K. Cognitive behaviour therapy for depression? Choose horses for courses. *Am J Psychiatry* 2003; 160:825-34
 18. Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. [Cognitive Therapy for Depression](http://www.aafp.org/afp/20060101/83.html). *American Family Physician* 2006 enero 1. Disponible en <http://www.aafp.org/afp/20060101/83.html>
 19. Pittaway S, Cupitt C, Palmer D. Comparative, clinical feasibility study of three tools for delivery of cognitive behavioural therapy for mild to moderate depression and anxiety provided on a self-help basis. *Ment Health Fam Med*. Sep 2009; 6(3):145-54.
 20. Mann JJ. The Medical Management of Depression. Algorithm for the acute treatment phase of a major depressive episode in Major Depressive Disorder. *N Engl J Med* 2005; 353:1819-34.
 21. American Psychiatric Association. Treatment of patients with major depressive disorder. In: *American Psychiatric Association Practice Guidelines*. 3rd ed. 2010.
 22. Mazzucchelli T, Kane R, Rees, C. Behavioral activation treatments for adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science & Practice*. 2009; 5; 291-313.
-

Recibido: 12 de diciembre de 2014
Aceptado: 04 de julio de 2015

Ignacio Zarragoitia Alonso. Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.
Correo electrónico: ignacio.alonso@infomed.sld.cu