



# FORMULACIÓN COGNITIVA DE CASO EN DEPRESIÓN UNIPOLAR: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA COLOMBIA

## COGNITIVE CASE FORMULATION OF UNIPOLAR DEPRESSION: A METHODOLOGICAL PROPOSAL FOR COLOMBIA

**Diana Ochoa & Ronald Toro\***

Fundación Seré

### RESUMEN

La presente revisión pretende analizar el desarrollo y validación de la Formulación Cognitiva de Caso, para fortalecer la efectividad del tratamiento psicológico para la depresión unipolar no psicótica que se constituye como un problema de salud pública y ocupa el primer lugar en discapacidad mundial (OMS, 2005), con una prevalencia en Colombia del 15% del total de los trastornos mentales (MPS, 2003). Estos datos indican la relevancia de generar tratamientos eficaces y su estudio, que den cuenta de procesos validados para la población de Bogotá D.C. en correspondencia con la Ley 1090 del 2006. La Terapia Cognitiva es uno de los tratamientos efectivos, siendo estructurado y limitado en tiempo, se vale de una guía de evaluación y organización de la información denominada Formulación Cognitiva de Caso, como proceso inferencial de las causas y factores de mantenimiento de la problemática que orienta el plan psicoterapéutico. Finalmente se proponen especificaciones metodológicas.

**Palabras claves:** Depresión, Terapia Cognitiva, Formulación cognitiva de caso.

### ABSTRACT

This review searches to analyze the development and validation of the Cognitive Case Formulation like an instrument that provide more effective treatment for unipolar depression, likewise is established as a public health problem that ranks first in disability worldwide (OMS, 2005), with prevalence in Colombia of 15% of all mental disorders (MPS, 2003). These data indicate the importance of to create effective treatments and the generation of studies that account for validated processes for the population of Bogotá DC., correlated with the law 1090 of 2006. One effective treatment is Cognitive Therapy, which is structured, limited and uses a guide for evaluating and organizing information called Cognitive Case Formulation, which is a process of inference of the causes and maintenance factors of the problem, that guides the treatment plan. Finally, we proposed methodological specifications.

**Key words:** Depression, Cognitive Therapy, Cognitive Case Formulation.

\*Diana Carolina Ochoa Ordóñez es Psicóloga de la Universidad Católica de Colombia y cursa el Programa de Especialización en especialización en Desarrollo Humano con énfasis en procesos afectivos y creatividad, Universidad Distrital, Bogotá DC. (Colombia). Es investigadora de la Fundación Seré vinculada al grupo del Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas; Ronald Alberto Toro Tobar es Psicólogo de la Universidad Católica de Colombia y cursa Especialización en Psicología Clínica en la misma universidad. Es investigador del Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanas -Fundación Seré-.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto [dcarolina8a@psicologos.com](mailto:dcarolina8a@psicologos.com) y [tororonald@gmail.com](mailto:tororonald@gmail.com)

ARTÍCULO DE REVISIÓN. RECIBIDO: julio 26 de 2010 APROBADO: agosto 23 20 de 2010

La depresión unipolar no psicótica según el DSM IV-TR (APA, 2002), hace parte del grupo de los trastornos del estado del ánimo, en los cuales el criterio principal es la presencia de un episodio depresivo mayor, en un período de mínimo 2 semanas permanentes de estado de ánimo deprimido, con pérdida de interés general en todas las actividades, tristeza o irritabilidad, y un malestar clínico significativo; debe además tener mínimo cuatro síntomas de los siguientes: baja energía, culpa, cambios en el apetito, el sueño y peso, baja concentración, ideación suicida y plan suicida. Adicionalmente la depresión unipolar se puede clasificar en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, y trastorno depresivo no especificado.

El trastorno depresivo, actualmente se constituye como un problema de salud pública a nivel mundial y ocupa el primer lugar en discapacidad (OMS, 2005), con una prevalencia del 25% en mujeres y un 12% en hombres (APA, 2002). En territorio colombiano, de acuerdo a las cifras del último estudio de salud mental publicado (MPS & Fundación FES-Social, 2003), los trastornos del estado del ánimo presentan una prevalencia del 15% del total de los trastornos (aunque se ha estimado que en un 24.8% de la población colombiana han presentado algún grado de depresión clínica), siendo el 9,2% en hombres y el 15,6% en mujeres; con una prevalencia territorial del 21.2% en Bogotá

D.C. seguido de la región central con un 15.5%.

En un estudio realizado por Gómez-Restrepo et al. (2004), se encontró que un 10% de una muestra de 1116 adultos mayores de 25 años, habían presentado un episodio depresivo en los últimos doce meses previos a la encuesta, y un 8.5% lo habían presentado en el último mes; agregando que el 50% de los episodios habían sido moderados, con un alta prevalencia en personas mayores de 45 años.

En cuanto a los factores de riesgo, Góngora et al. (citado por Amézquita et al. 2008), determinaron que el 64% de adolescentes entre los 10 y 17 años de una muestra tomada en Medellín, presentaron antecedentes de diversos trastornos psicológicos comórbido y previos a la depresión, indicaron además antecedentes de maltrato y violencia intrafamiliar, así como alcoholismo, drogadicción (tanto en la población estudiada como en integrantes de las familias de los mismos), historia de abuso sexual, entre otros.

Por otra parte, uno de las mayores dificultades de la depresión se asocia a la ideación y conducta suicida (Amézquita, Medina, González & Zuluaga, 2008; Bousño et al., 2008; Caycedo & Jiménez, 2005), siendo la primera una “expresión extrema del deseo de escape de lo que parece ser un problema irresoluble o una situación insoportable” (Rush & Beck, 1978; p. 202),

mientras que la conducta suicida está definida por la OMS (1969), como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”. La prevalencia de intentos de suicidio para la población colombiana fue de 4.9%, y en los 12 últimos meses 1.3% (MPS & Fundación FES-Social, 2003).

Lo anterior es considerado en los estudios de Lewinsohn, Rohde y Seetey (1993), citados por Gómez-Restrepo, Rodríguez, Bohórquez, Diazgranados, Ospina y Fernández (2002); en los que se indica que la depresión está asociada, entre el 43% y el 76% a casos de suicidio, un 50% de los adolescentes que se suicidan sufren depresión mayor, un 25% de los casos estudiados ha hecho en algún momento de la vida un intento de suicidio, mientras que el 15% finalmente se suicida.

Ahora bien, aun cuando todas las anteriores cifras son alarmantes y constituyen la depresión como un grave problema de salud que requiere una mayor atención tanto de los profesionales, como de los entes gubernamentales, institucionales y sociales; el MPS y Fundación FES-Social (2003) indicó que 1 de cada 10 pacientes diagnosticados con un trastorno mental recibieron atención, mientras que 1 de cada 5 con 2 o más trastornos y sólo 2 de cada 10 con 3 o más trastornos obtuvieron atención. Por tanto es

necesario incrementar los esfuerzos orientados a generar mayor disponibilidad de los servicios y de acercar a la población a ellos.

A raíz de esto, el MPS propone tres alternativas para afrontar la problemática, apuntando al mejoramiento de los servicios prestados en salud mental. El primero implica una fase informativa, en el que se consideren los trastornos mentales como enfermedades crónicas con derecho a tratamiento; segundo una fase educativa que guie procesos hacia el reconocimiento de la efectividad de los tratamientos para los trastornos mentales y una tercera fase de desarrollo en donde se incida en las políticas públicas para mejorar los servicios de salud mental y aumentar los recursos.

Paralelamente, se da cuenta de un importante avance en el tema, cuando el gobierno de Colombia expide la Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006, por la *cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología*, en el marco de la ética y el desarrollo de la ciencia. Allí se especifica en el Artículo 36 del Capítulo III, dedicado a los *deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional*, en los literales a) “hacer uso obligado del material psicotécnico en el caso que se necesite, con fines diagnósticos, guardando el rigor ético y metodológico prescrito para su debido manejo” y e) “utilizar únicamente los medios

diagnósticos, preventivos, de intervención y los procedimientos debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas” (pp. 32 - 33) (MPS & Ministerio de Educación, 2006). Asegurando con esto, leyes claras que permitan establecer políticas de mejoramiento, regulando los tratamientos disponibles y promoviendo la investigación científica en pro del perfeccionamiento de los tratamientos y el impulso de alternativas contextualizadas.

Sin embargo, al ser estas disposiciones legales alternativas políticas recientes, es evidente la debilidad metodológica en el desarrollo y aplicación de herramientas, técnicas y procedimientos científicos en los procesos disponibles de psicoterapia (véase Rey, Martínez & Guerrero, 2009; Agudelo, Bretón-López & Buena-Casal, 2004; Londoño & Valencia, 2005), lo que genera una necesidad inminente de desarrollar prácticas de recolección y análisis de datos, así como de protocolos y guías de atención validados, procurando soporte empírico de las propuestas de intervención clínica de la depresión no psicótica en el territorio colombiano.

Ahora bien, la depresión unipolar es tratada actualmente con procedimientos farmacológicos y psicológicos, entre los farmacológicos se encuentran medicamentos tales como la Venlafaxina, la Mirtazapina, la Moclobemida, la Nefaxadona, la Reboxetina y la Fluoxetina (Heerlein, 2002),

disminuyendo los signos y síntomas de la depresión, sin embargo implica altos costos económicos y sociales, redundando en un impacto negativo en la calidad de vida del paciente y de las personas que le rodean, lo que supone una pobre adherencia al tratamiento. Adicionalmente se presentan variaciones en la recuperación de la función social, siendo más lenta e incompleta, según las características del individuo, los efectos adversos del medicamento y los aspectos propios del tratamiento, que en otras circunstancias serían efectos terapéuticos (véase Puerta, 2000; Labrador, Echeburúa & Becoña, 2000).

En cuanto a los tratamientos psicológicos eficaces se encuentran la terapia de conducta, la psicoterapia interpersonal y la Terapia Cognitiva (TC) (Pérez & García, 2001). La TC explica el trastorno depresivo desde tres componentes, el primero es la *triada cognitiva* que constituye las apreciaciones del paciente respecto a 1) sí mismo (como un ser desagradable, defectuoso, incompetente, subestimándose y criticándose excesivamente), 2) el mundo (interpretación negativa de sus experiencias en el mundo, con demandas exageradas y difíciles), y 3) el futuro (una visión negativa de penas, frustraciones y privaciones). En la depresión, cuando se trata de dependencias afectivas, muchos signos y síntomas motivacionales son resultado de la influencia de cogniciones negativas acerca del futuro;

por lo general el paciente presenta un bajo concepto de sí mismo viéndose como inepto y fracasado, o en caso de inhibición motriz el paciente ve un futuro lleno de privaciones, hostil y carente de valor (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

El segundo componente del modelo cognitivo son las *distorsiones cognitivas*, que son fallas en el procesamiento de la información que mantienen las creencias del paciente y le dan validez a los conceptos negativos. Para Beck et al. (1979), estos errores sistemáticos del pensamiento en el paciente depresivo se clasifican de acuerdo al modo de procesamiento de información con tendencia a ignorar evidencia contraria, en dos distintas formas: primitivo o maduro. El procesamiento primitivo es global, negativo, categórico y absolutista, con respuestas emocionales extremas y generalmente negativas; el procesamiento maduro, integra categóricamente varias dimensiones la información procesada, con un predominio cuantitativo y criterios relativos menos absolutistas. Las distorsiones cognitivas son el resultado de un procesamiento primitivo, ya que “toda cognición se distorsiona por los procesos de construcción de significados y por la eficiencia y el conservadurismo básicos en el procesamiento de la información” (Freeman & Oster, 1997; p. 545) que, para el caso de los depresivos, la información distorsionada crea malestar e interfiere la

conducta adaptativa. Beck (1963) y Beck et al. (1979), proponen seis errores básicos para la depresión: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización-minimización, personalización y pensamiento dicotómico.

Por último el tercer componente corresponde a la *organización estructural del pensamiento depresivo* (Beck et al. 1979; Rush & Beck, 1978), es decir los *esquemas*, definidos como estructuras de representación del conocimiento relativamente permanentes, los cuales guían los procesos cognitivos de codificación, memoria, percepción, decodificación y recuperación de la información (Clark & Beck, 1997). Estos esquemas se desarrollan en las primeras experiencias de la vida por medio del aprendizaje social y operante, determinando, sea la conducta de la persona en su diario vivir, o al permanecer latentes y ser desencadenados por eventos específicos. Sin embargo, pese a su función organizativa de la información –almacenamiento y recuperación-, los esquemas no pueden ser considerados como estructuras estáticas e inmodificables, sino que por el contrario son adaptativos en cuanto a que constantemente se modifican, mediante comparaciones con el contenido existente (conocimientos, reglas y jerarquías), cuyo resultado estaría dado de acuerdo a los niveles de modificación demandados en el almacenamiento de la

información nueva, es decir, una modificación leve de la estructura o la creación de una nueva categoría entre los subconjuntos del conocimiento previo (Freeman & Oster, 1997).

Beck, Freeman et al. (1990) agregan al concepto de esquema las siguientes cualidades estructurales: amplitud (reducidos, discretos o amplios), flexibilidad o rigidez (se refiere a la capacidad de modificación), densidad (preeminencia relativa en la organización cognitiva) y valencia (de acuerdo al grado de activación pueden ser latentes o activos, e hipervalentes o canalizadores). En el caso de la depresión, la activación de los esquemas hipervalentes puede desplazar esquemas más adaptativos, produciendo errores sistemáticos en el procesamiento de información.

Dichos esquemas hipervalentes finalmente hacen parte del foco de intervención, siendo el objetivo de la TC, el promover maneras saludables de procesamiento de información, que llevan al alivio del malestar psicológico, a través de la modificación de los contenidos esquemáticos y su procesamiento sesgado (Clark & Beck, 1997), valiéndose de diferentes técnicas cognitivas (algunas son: reatribución, continuos cognitivos, registros de pensamientos, análisis de ventajas y desventajas) y conductuales (actividades de dominio y agrado, experimentos

conductuales, entrenamiento en solución de problemas, entre otras).

La TC es un procedimiento estructurado compuesto por las fases de evaluación, formulación, tratamiento y seguimiento de caso, con un apoyo empírico sólido que da cuenta del establecimiento de estrategias definidas (Beck, 1995; Clark, Beck, & Alford, 1999) tales como agenda de sesión, medición de estado de ánimo, desarrollo de la sesión con base en objetivos y asignación de tareas (Beck et al. 1979; Sacco & Beck, 1995).

Lyddon y Jones (2002) citan un estudio realizado por Gloaguen (1998), en el que revisaron 78 estudios publicados entre 1977 y 1996, en los que se demuestra que la efectividad de la TC, a la hora de tratar la depresión, es altamente significativa con respecto a los controles de lista de espera o placebo, siendo superior a los antidepresivos y otros sistemas de psicoterapia. Por otra parte, Pérez y García (2001) luego de revisar varios estudios comparativos entre tratamientos psicofarmacológicos, terapia interpersonal y TC, concluyeron que la eficacia de esta última frente a las demás tuvo un porcentaje igual o superior a la terapia psicofarmacológica con tasas de recaída similares. Estos resultados sugieren que para alcanzar mejores resultados, se hace necesaria la combinación entre fármacos y TC.

Por otra parte, diversos autores (véase Eells, 2006; Persons, Davidson & Tompkins

2002) han afirmado que la efectividad de una psicoterapia de corte cognitivo conductual, se puede incrementar si cuenta con una estructura que permita al terapeuta organizar la información y establecer hipótesis acerca del caso en particular, lo que conlleva a comprenderlo desde el modelo cognitivo de la psicopatología y a tomar decisiones sobre el plan terapéutico, de acuerdo a la problemática. Persons y Davidson (2001), Persons y Tompkins (2007) y J.S. Beck (2005), proponen la Formulación Cognitiva de Caso (FCC), la cual permite al clínico comprender el modo como el paciente llegó a desarrollar el trastorno psicológico particular y a su vez organizar de forma clara la información a través del registro de los datos tomados en las entrevistas, pruebas y demás estrategias de evaluación clínica, llevando al terapeuta a interrelacionar los datos relevantes de la problemática, y establecer un proceso terapéutico ajustado a las necesidades del paciente (Mumma & Mooney, 2007; Kuyken & Beck, 2006).

Nezu, Nezu y Lombardo (2006) agregan que la FCC Conductual es un sistema de conceptualización clínica, con la cual se pretende lograr una integración entre la postura nomotética (explicación desde el modelo cognitivo conductual) y la idiográfica (características del paciente). La FCC establece factores de causa y mantenimiento de la problemática clínica que desde el

modelo cognitivo para los trastornos emocionales, requiere la identificación de las creencias (intermedias y nucleares), pensamientos automáticos, estrategias compensatorias y patrones conductuales, que originaron y mantienen la problemática del paciente (Bieling & Kuyken, 2003; Kuyken & Beck, 2006).

Ahora bien, aunque existen amplios estudios de la efectividad de la TC en Estados Unidos, Canadá y Australia, entre otros países; en Colombia, se presenta un pobre desarrollo investigativo metodológico y aplicativo, lo que implica una clara necesidad de disponer del procedimiento de evaluación y FCC de la depresión unipolar no psicótica con un fundamento empírico validado en Bogotá D.C. y con amplio grado de generalización para el resto del país, que conlleve a prácticas de recolección y análisis de datos desde una perspectiva contextualizada, validada en el país y sustentable desde las políticas de salud pública y la promoción de salud mental, proporcionando una intervención efectiva.

### **Metodología para el desarrollo de la FCC**

Un paso importante en la elaboración de protocolos validados en el contexto colombiano, debe apuntar al establecimiento de un sistema organizado de recolección de datos del paciente que, a través de un marco conceptual definido, permita tanto la

integración de la información obtenida y el establecimiento de hipótesis sobre los factores de causa y mantenimiento de la problemática del paciente, como el establecimiento de un plan de tratamiento acorde a las características únicas del paciente comprendido en el modelo cognitivo (Persons & Tompkins, 2007; Persons & Davidson, 2001; Bieling & Kuyken, 2003). Se plantea seguir las sugerencias que hacen Caycedo, Ballesteros y Novoa (2008) acerca del desarrollo de una formulación de caso clínica en Colombia.

En primer lugar tener en cuenta el efecto relativo de cada variable causal en las estimaciones metodológicas de una formulación de caso, con el fin de identificar la variable que tiene mayor influencia en el mantenimiento de la problemática del paciente. Segundo, Eells y Kendjelic (2007, citado por Caycedo, Ballesteros & Novoa, 2008), sugieren un Método de Codificación de Contenido en el que se tengan en cuenta como mínimo cuatro componentes básicos: 1) síntomas y problemas, 2) eventos estresores, 3) eventos precipitantes, y 4) mecanismos causales, con una explicación coherente sobre las relaciones entre los tres anteriores.

Al respecto, se encuentra el trabajo realizado por Flitcroft, James y Freeston (2007), en el que a partir del consenso entre veintitrés psicoterapeutas expertos, se desatacan tres elementos de análisis, se indica que la FCC debe: 1) enfocarse en el estado del

“aquí y el ahora”; 2) contener explícitamente la función y los procesos detallados del caso; y 3) tener un marco conceptual claro. Adicionalmente surgieron aspectos a tener en cuenta como son los datos demográficos y la información médica.

Una propuesta sobre el control de variables, es la desarrollada, desde un modelo de terapia conductual (análisis funcional aplicado a la formulación de caso), por Virues-Ortega y Haynes (2005), en el que se resalta la relación funcional causal unidireccional, bidireccional, moderadora o mediadora (como hipótesis explicativas) entre variables, y explica la función, relevancia, grado de controlabilidad y causalidad, lo que disminuye, según los autores, los sesgos del juicio clínico y mejora la toma de decisiones, valiéndose de un modelo matemático que pronostica la probabilidad de éxito terapéutico.

Así mismo desarrollos en FCC para trastornos ansiosos, es la publicada por Boschen y Oei (2008), denominada Marco Cognitivo Conductual de Caso (CBCFF, siglas en inglés), en la que describe la relación entre cogniciones, eventos comportamientos y sus efectos duraderos, siguiendo en la construcción del diagrama completo una secuencia asignada con números, tanto de las relaciones relevantes, como de la focalización de los objetivos de intervención. Los autores sugieren que es necesario solventar algunas dificultades que presenta el modelo como el



no tener en cuenta la presencia de trastornos de personalidad, y el registro de las cogniciones profundas siguiendo el modelo cognitivo de Beck.

Se encuentra la propuesta elaborada por J.S. Beck (2005), la cual consiste en un formato de recolección de información y un diagrama de conceptualización del caso, que incluye los componentes necesarios para dar inicio al plan de psicoterapia cognitiva. Persons y Tompkins (2007) utilizan en la terapia cognitiva un esquema de FCC Conductual, en la que se registra una lista de principales problemas jerarquizados según el nivel de gravedad, el diagnóstico multiaxial y el principal (foco), la descripción del modelo teórico de soporte, que provee las hipótesis descriptivas y explicativas, una descripción de los precipitantes de la enfermedad y los síntomas exacerbados.

Finalmente es necesario hacer hincapié en trabajo de Becoña et al. (2004), en el que se realizó una minuciosa revisión de las exigencias del Task Force (División 12 de la APA, documento del Taks Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995), acerca del desarrollo de guías de tratamiento y práctica clínica. Allí se establecen al menos cuatro aspectos a tener en cuenta para considerar la validez de un tratamiento y ser aceptado como efectivo: 1) el uso de un manual diagnóstico como el DSM IV-TR; 2) el establecimiento de

un manual de tratamiento escrito; 3) generar estudios que permitan evidenciar la eficacia del tratamiento, utilizando un grupo control y uno de intervención con un *n.* mínimo de 30 sujetos; 4) que el manual de tratamiento cumpla con criterios de eficacia y utilidad (generalizabilidad), sea a través de dos estudios de tratamiento (intervención y lista de espera), dos estudios por diferentes investigadores, dos estudios con muestras heterogéneas diferentes o diversos estudios pequeños dirigidos a comprobar la eficacia del procedimiento.

De igual forma existen métodos para evaluar las FCC como son los programas basados en la codificación del contenido de las formulaciones de caso o el desarrollo de guiones clínicos (véase Mumma & Smith, 2001), los cuales se utilizan para estimar tanto la presencia de los componentes mencionados anteriormente en el trabajo de Eells y Kendjelic (2007, citado por Caycedo, Ballesteros & Novoa, 2008), como su utilidad en el área clínica. Agregan Caycedo, Ballesteros y Novoa (2008), que es necesario valerse de metodologías de series de tiempo con el fin de medir la validez interna, indagando la consistencia entre las categorías, las hipótesis descriptivas y explicativas y el plan de intervención, a través de jueces evaluadores y el control de variables tales como el juicio clínico del terapeuta.

Para concluir, se sugiere desarrollar procedimientos de elaboración y validación de la FCC en Colombia, enfatizando en la necesidad de generar procesos de formación y actualización de terapeutas en formulación de caso cognitivo conductual, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) La validación empírica de un proceso psicoterapéutico cognitivo, requiere de unas especificaciones metodológicas requeridas por el Task Force (para el tratamiento), en el que es necesario incluir la formulación cognitiva de caso, ya que corresponde a la fase primaria de la atención en el proceso, sin ser excluyente de otras estrategias metodológicas.
- 2) Asegurar la identificación de la función y los procesos en el aquí y el ahora, un marco conceptual definido, los datos demográficos y la historia médica del paciente.
- 3) Incorporar los elementos mínimos para la elaboración de la FCC: a) síntomas y problemas; b) eventos estresores; c) eventos precipitantes; d) mecanismos causales (hipótesis).
- 4) Emplear adecuadamente los lineamientos diagnósticos de un manual diagnóstico (DSM IV-TR ó CIE 10).
- 5) Disponer de un manual de procedimientos de evaluación y formulación clínica cognitiva de caso.
- 6) Usar preferiblemente un gráfico de conceptualización (Boschen & Oei, 2008), suministrando un formato que permita especificar con precisión la variable causal.
- 7) Propiciar estudios que permitan determinar la validez y eficacia de la FCC en Colombia, a través de una metodología clara (como la utilizada por Persons y Bertagnolli (1999)), el uso de procedimientos de evaluación (tal y como se plantea en la CFCCM, o en el desarrollo de Guiones Clínicos, sugeridos por Mumma y Smith (2001)) y la inclusión de grupos control.
- 8) Poner en evidencia la importancia de establecer relaciones funcionales entre variables (función, relevancia, controlabilidad, causalidad) para la elaboración de las hipótesis explicativas, siguiendo las propuestas metodológicas de Virues-Ortega y Haynes (2005).

Así mismo se propone incluir en la FCC el perfil cognitivo (desde la caracterización dada en el eje II) del paciente, que muestre claramente las cogniciones profundas y las estrategias de afrontamiento disfuncionales típicas del mismo. De igual forma garantizar por medio de las instituciones representativas Colombianas, como son el Colegio Colombiano de Psicólogos (COLPSIC) a través de la división clínica y las unidades colegiadas, el Ministerio de Protección Social, las facultades y laboratorios de Psicología adscritos a la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI), entre otros, el respaldo y fomento de la investigación en FCC, que permita aportar al desarrollo de una psicología clínica que aborde en contexto, la depresión unipolar no psicótica en Colombia.

#### REFERENCIAS

- Agudelo, D., Bretón-López, J. & Buelacasa, G. (2004). Análisis Bibliométrico de las Revistas relacionadas con Psicología de la Salud editadas en Castellano. *Salud Mental*, 27(2), 70-85.
- Amezquita, M., Medina, E., González, R. & Zuluaga, D. (2008). Prevalencia de Depresión e Ideación Suicida en Estudiantes de 8°, 9°, 10° y 11° Grado, en Ocho Colegios Oficiales de Manizales. *Universidad de Caldas. Hacia la Promoción de la Salud*, 13, 143-153.
- Asociación Psiquiátrica Americana, APA (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado*. DSMIV-TR. Barcelona: Masson.
- Beck, A.T. (1963). Thinking and Depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 36-45.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A.T. (1995). Terapia Cognitiva: Pasado, Presente y Futuro. En Mahoney, M. (comp.). *Psicoterapias Cognitivas y*

- Constructivistas. Teoría, Investigación y Práctica.* (pp. 49-61) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A.T., Freeman, A. *et al.* (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders.* Nueva York: The Guilford Press.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression.* Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J.S. (2005). *Cognitive Therapy for Challenging Problems: what to do when the basics don't work.* New York: The Guilford Press.
- Becoña, E., Vázquez, M.J., Míguez, M.C., Casete, L., Llovez, M., Nogueiras, L. *et al.* (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.
- Bieling, P. & Kuyken, W. (2003). Is Cognitive Case Formulation Science or Science Fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 52-69.
- Boschen M. & Oei, T. (2008). A Cognitive Behavioral Case Formulation Framework for Treatment planning in Anxiety Disorders. *Depression and Anxiety*, 25, 811-823.
- Bousoño, M., Baca, E., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., Roca, M. *et al.* (2008). Complicaciones de la Depresión a Largo Plazo. *Actas Especiales de Psiquiatría*, 36(2), 44-52.
- Caycedo, M. & Jiménez, K. (2005). Estudio Descriptivo-Exploratorio del Trastorno Depresivo Mayor: Aproximaciones Psicológicas y Sociodemográficas de Pacientes Hospitalizados en la Clínica

- Psiquiátrica Nuestra Señora de la Paz. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 515-528.
- Clark, D.A. & Beck, A.T. (1997). Estado de la Cuestión en la Teoría y la Terapia Cognitiva. En I. Caro (Comp.). *Manual de Psicoterapias Cognitivas* (pp. 119-127). Barcelona: Paidós.
- Clark, D.A., Beck, A.T. & Alford, B.A. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Therapy and Therapy of Depression*. New York: John Wiley y Sons.
- Eells, T. (2006). *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Flitcroft, A., James, I. & Freeston, M. (2007). Determining What is Important in a Good Formulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 325-333.
- Freeman, A. & Oster, C. (1997). Terapia Cognitiva de la Depresión. En Caballo, V. (Comp.) *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. (Vol. 1, pp. 543-574) Madrid: Siglo Veintiuno.
- Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M. & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6), 378-386.
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, N., Bohórquez, A., Diazgranados, N., Ospina, M. & Fernández, C. (2002). Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 31(4), 271-286.
- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepressivos.

- Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 21-45.
- Kuyken, W. & Beck, A.T. (2006). Cognitive Therapy. En Freeman, C. y Power, M. (Comp.) *Handbook of Evidence-based Psychotherapies: A Guide for research and practice*. (pp. 15-40). New York: John Wiley y Sons.
- Labrador, F., Echeburúa, E. & Becaña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Londoño, C. & Valencia, S. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 163-181.
- Lyddon, W. & Jones, Jr. (2002). *Terapias Cognitivas con Fundamento Empírico: Aplicaciones Actuales y Futuras*. México: Manual Moderno.
- Ministerio de Protección Social & Ministerio de Educación (2006). *Ley 1090*. Congreso de la República de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social & Fundación FES-Social, (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003*. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/NewsDetail.asp?ID=12634yIDComp-any=24> [consulta junio de 2007]
- Mumma, G. & Mooney, S. (2007). Comparing the Validity of Alternative Cognitive Case Formulations: A Latent Variable, Multivariate Time Series Approach. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 451-481.
- Mumma, G. & Smith, J. (2001). Cognitive-Behavioral-Interpersonal

- Scenarios: Interformulator Reliability and Convergent Validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 203-221.
- Nezu, A., Nezu, C.M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de Casos y Diseños de Tratamientos Cognitivos-Conductuales*. México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2000). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html> [consulta abril 1 de 2008]
- Pérez, M. & García, J. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para la Depresión. *Psichotema*, 13(3), 493-510.
- Persons, J.B. & Bertagnolli, A. (1999). Inter-Rater Reliability of Cognitive-Behavioural Case Formulations of Depression: A replication. *Cognitive Therapy and Research*, 23(3), 271-283.
- Persons, J.B. & Davidson, J. (2001). Cognitive-Behavioral Case Formulation. En Dobson, K. (Comp.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: The Guilford Press.

- Persons, J.B., Davidson, J. & Tompkins, M. (2002). *Essential components of cognitive-behavior therapy for depression*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Persons, J.B. & Tompkins, M. (2007). Cognitive-Behavioral Case Formulations. En Tracy, D. (Comp.) *Handbook of Psychotherapy Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- Puerta, G. (2000). *Terapia Antidepresiva y Funcionamiento Social*. Bogotá D.C.: Noosfera.
- Rey, C., Martínez, J. & Guerrero, S. (2009). Tendencias de los Artículos en Psicología Clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 27(1), 61-71.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos Teóricos y Conceptualización del Caso Clínico*. Bogotá: Norma.
- Rush, A. & Beck, A.T. (1978). Cognitive Therapy of Depression and Suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 201-219.
- Sacco, W. & Beck, A.T. (1995). Cognitive Theory and Therapy. En Beckham, E. & Leber, W. (Comp.) *Handbook of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Taks Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Reports and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Virués-Ortega, J. & Haynes, S. (2005) Functional Analysis in Behavior Therapy: Behavioral Foundations and Clinical Application. *International Journal of Clinical*



*and Health Psychology, 5(3), 567-587.*

