

Universidad de Mar del Plata

Facultad de Psicología

Fundación Aiglé

**Tema: *La Depresión desde una perspectiva integrativa:
un Caso Clínico***

Trabajo Final de Carrera

Carrera de Especialización en Psicoterapia Cognitiva Integrativa

Alumna: De Vita, Rocío Valeria

Mar del Plata, Diciembre, 2024.

Indice

Índice.....

Agradecimientos.....

Introducción.....

Desarrollo.....

Conclusiones.....

Referencias.....

Agradecimientos,

A mi papá, quien en ningún momento dudó en brindarme su total apoyo y confianza, acompañándome firmemente en mi sueño de convertirme en profesional de la salud mental.

Gracias a él, cumplo una nueva etapa.

Introducción

El presente trabajo se realizó con el objetivo de compartir las principales características de un proceso de admisión y diseño de tratamiento de un caso clínico trabajado de forma particular entre el mes de septiembre del año 2023 y noviembre del presente año, mientras se realiza una articulación teórica con las variables que se considera fueron claves para el éxito del mismo.

Para su desarrollo, se realizará un recorrido breve pero conciso de la historia vital de la paciente, así como su ficha de admisión, formulación del caso y diseño de tratamiento, mientras se narran los conceptos teóricos claves que se tuvieron en consideración durante el presente proceso psicoterapéutico.

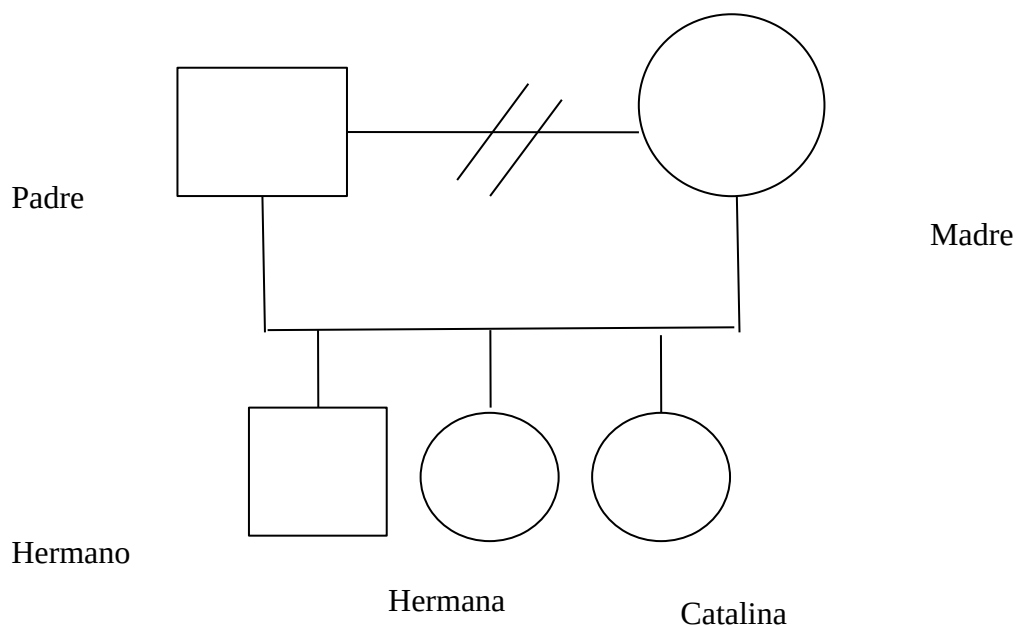
Desarrollo

Formulación del Caso:

- Datos básicos de identidad y referencia social: Catalina. 24 años. Estudiante de abogacía. Empleada realizando tareas de investigación penal. Vive sola con sus mascotas.
- Fuente: Solicitud de turno por parte de la paciente mediante recomendación de una colega.
- Datos familiares de origen y actuales: Catalina nació y fue criada en una ciudad en la provincia de Buenos Aires, con su madre, padre y dos hermanos (una mujer y un varón). A sus 9 (nueve) años de edad sus padres se divorcian, y tanto ella como sus hermanos quedan al cuidado de su madre, con quien hasta la actualidad tienen muy buen vínculo. Al padre se lo califica como “ausente”.

A sus 20 (veinte) años de edad se mudó a Capital Federal con la ayuda económica de su madre para poder independizarse y comenzar su carrera universitaria.

GENOGRAMA FAMILIA DE ORIGEN:



- Primera Entrevista:
 - Precedentes: Realizó terapia en múltiples ocasiones (enfoque psicoanalítico).
 - Dispositivo: Individual, dos sesiones por semana (de aproximadamente 50 minutos), virtual (por videollamada).
 - Motivo de Consulta Declarado: Expresa sentirse “muy angustiada, agotada y ansiosa”. Considera que en su trabajo no tienen en cuenta su malestar, la presionan por no tener un buen desempeño y que por esto mismo ella se autoboicotea constantemente dudando de su capacidad, generando un ciclo rumiativo del cual le es imposible salir. Asimismo, los últimos días comenzó a vivenciar ideaciones suicidas, afirmando que “a veces pienso que es la única forma para dejar de sentirme así”.

- Síntesis de la Entrevista:
 - Temas: Sintomatología, especificación de ámbitos y momentos actuales que la preocupan y generan malestar. Red social de apoyo y principal acercamiento a los objetivos terapéuticos.
 - Particularidades del aspecto y presencia física: Muy educada y ordenada en su discurso, utilizando un tono monocorde. Prolija y aseada.
 - Actitud frente al entrevistador: Colaboradora.

- Evolución de la Demanda:
 - La paciente se encontraba realizando tratamiento de enfoque psicoanalítico hasta unos días previos a tener la primera entrevista. El abandono de dicho tratamiento fue a causa de no sentir que la estuviese ayudando y ante la preocupación de haber comenzado a tener pensamientos autolesivos y suicidas, lo que brinda dos datos sumamente importantes: por un lado, permite

confirmar la experiencia de urgencia elevada por la paciente, y, por otro lado, un nivel bajo de resistencia para solicitar ayuda.

- Tratamientos anteriores y resultados informados: Desde el año 2019 hasta el momento de la primera entrevista realizó terapia de enfoque psicoanalítico con distintos profesionales. El objetivo de dichos tratamientos era de “autoconocimiento y desarrollo personal” e indica que la ha ayudado mucho a aliviar la necesidad de exteriorizar sus pensamientos y vivencias, así como identificar emociones que antes le costaba etiquetar. Sin embargo, durante el último período de tiempo su sintomatología se fue agudizando y no considera que la terapia le esté brindando herramientas para su mejoría.
- Estrategias de Resolución: Contacto semi-activo con amistades y con su mamá, búsqueda de nuevos profesionales para su ayuda y continuar asistiendo a su lugar de trabajo y a la facultad.
- Acontecimientos vitales significativos: Tras la separación de sus padres se pierde en gran medida el contacto con su papá. Indica que “solo se ocupaba de trabajar, lo mismo que hace hoy en día. Piensa que por transferir plata una vez por semana es suficiente para ser un buen padre”.

Asimismo en el año 2020 su mamá enfermó de cáncer, situación que ella vivió con mucho miedo y desamparo ante la posibilidad latente de fallecimiento. Ante la recuperación su relación se fortaleció aún más.

Por otra parte, refiere el momento de su mudanza a Capital Federal como un acontecimiento clave en su vida, por haber logrado su independencia y por haberse animado a inscribirse en la carrera de abogacía.

- Signos Diagnósticos Autodescriptivos:

- Rotulación: Refiere tener baja autoestima, ser muy auto-exigente y controladora. Su forma de rotular el problema coincide con aquello que la aqueja teniendo en consideración que lo que le sucede es un fenómeno situacional: se encuentra dentro de un contexto laboral negativo y en pleno recorrido universitario. Respecto a su trabajo dice que “se la pasan corrigiendole todo” y a la facultad que “no sé si soy capaz, o si lo logro no sé si voy a ser lo suficientemente buena”.
- Atribución: Mixta. Locus interno teniendo en cuenta sus constantes autorreproches y críticas hacia ella misma, y también externo considerando las quejas continuas por el trato y exigencia de sus superiores.
- Estabilidad: Variable. “Siempre fui ansiosa y autoexigente” referido a su sintomatología rumiativa “pero nunca me había pasado de sentirme tan angustiada” referido a su sintomatología depresiva.
- Grado de Control: Incontrolable.
- Severidad de la disfunción: Malestar subjetivo muy intenso, juicio clínico preliminar posicionándolo en severo (considerando principalmente la marcada ideación suicida, con ideas de acción específicas).
- Red familiar y social: Relación próxima y fuerte con su madre. Con sus hermanos hay diálogo pero no cotidiano, al igual que con su padre (aunque se debe destacar también que con el mismo hay situaciones conflictivas). Respecto a lo social cuenta con un grupo de amistades sólido y con extrema presencia.
- Nivel de expectativa: Se encuentra motivada con la terapia y muy colaborativa hacia los pasos a seguir en el tratamiento.

- Motivación para el cambio: Alta. Se debe considerar que el malestar subjetivo es muy elevado, sin embargo, Catalina expresa “querer sentirse mejor” tanto por ella como por sus seres queridos, y que por ello “hará todo lo que tenga que hacer”.
- Reactancia: Baja. Se establece una relación positiva y colaborativa.

Luego de haber realizado la entrevista de admisión y una primera sesión, se utilizó el inventario de síntomas SCL-90 R (Derogatis, 1994) como una herramienta multirrasgo breve de aporte de datos, para evaluar el estado sintomático de la paciente. Además, la decisión de aplicar este inventario se basó en la aspiración de que el diseño de tratamiento sea lo más preciso posible.

De dicho inventario se establecieron resultados que sirvieron, sobretodo, para evaluar el grado de severidad de la paciente ya que el instrumento mide lo que se llama Índice Global de Severidad (GSI), el cual arrojó que la paciente se encontraba “En riesgo”, obteniendo un percentil de 65 (se debe tener en consideración que los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados, lo cual indica que una persona se encuentra en riesgo). Los resultados, entonces, indican que el cuadro es severo.

Asimismo, presenta elevación significativa en obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. En somatizaciones los resultados fueron moderados, así como en ansiedad.

En síntesis, los resultados permitieron establecer que el nivel de malestar subjetivo es muy elevado, así como establecer que es una paciente que podría presentar conductas de riesgo, sobre todo considerando que sus niveles de hostilidad también son elevados, lo cual dificulta su capacidad de autorregulación emocional.

Considerando esto último, se realizaron preguntas específicas acerca de su ideación suicida donde se detallaron e identificaron pensamientos específicos. El factor protector que más figuró ante esta evaluación, y lo que no le permitió realizarlo hasta el momento fue el apoyo recibido por su red de apoyo social. Se realizó un programa breve de psicoeducación para explicarle a la paciente (y a su madre) la razón de estos pensamientos, y cómo actuar ante la aparición de los mismos.

Una vez obtenidos los resultados del inventario, y al haber recabado más información en las siguientes sesiones, se estableció que el diagnóstico de la paciente según Criterios de DSM 5 es de Trastorno Depresivo Mayor habiendo compatibilidad en varios criterios, entre ellos: la presencia de cinco (o más) síntomas presentes durante el período de dos semanas, representando un cambio del funcionamiento previo. Dentro de los síntomas figura estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días (sentimiento de vacío y tristeza); disminución importante del interés por todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (se destaca la falta de placer aún en actividades que antes le generaba disfrute, como por ejemplo escuchar música, compartir tiempo con sus amistades); disminución del apetito casi todos los días, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad y culpabilidad excesiva; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, y, finalmente, ideas suicidas recurrentes (en este caso, con algunas ideas o planes para llevarlo a cabo).

Los síntomas presentes, como ya se ha nombrado anteriormente, causa un malestar clínicamente significativo y deterioro en lo social (ya que ha perdido contacto con varias amistades), laboral (teniendo varios conflictos en la relación laboral con sus superiores, y una dificultad marcada en la realización de tareas y asistencia al espacio laboral) y académico (por la dificultad marcada en la capacidad de concentración).

De esta manera, se pudo establecer que el diagnóstico de Catalina refería a ser de Trastorno Depresivo Mayor Grave de Episodio Único. El riesgo es grave particularmente por la recurrente ideación suicida, una capacidad de control disminuida y, al menos al comienzo del tratamiento, la red social era escasa siendo la paciente quien alejaba a sus seres queridos expresando una culpabilidad extrema a que “tengan que verla así”.

Asimismo, se debe especificar que es un cuadro de Depresión de subtipo ansiógeno de gravedad moderada, teniendo en cuenta los altos grados de preocupación que afectan su concentración tanto a nivel laboral como académico, un miedo catalogado como “constante” de que “algo terrible va a ocurrir” y una sensación marcada de pérdida de control.

Considerando lo recabado hasta este entonces y adentrándonos en el diseño del tratamiento, se estableció que la frecuencia del mismo sería, al comienzo, de dos veces por semana (los días lunes y los días jueves) por la mañana, con una duración promedio de 50 minutos. La modalidad sería virtual, y el tratamiento se realizaría de forma combinada con la utilización de psicofármacos. Se le recomendó a una médica psiquiatra, quien le indicó Escitalopram (al comienzo con una dosis baja de 10mg, y luego de dos semanas con una dosis farmacológica de 20mg diarios). La paciente no refirió resistencia ni problemática ante la intervención de realizar un tratamiento de tipo combinado. Asimismo, se estableció un primer contacto con la madre de la paciente, la cual respondió de forma muy positiva respecto a la atención y cuidado que Catalina precisaba, y quien se encontró presente durante todo el tratamiento.

Ahora bien, al plantear un Diagnóstico de Depresión se tiene principalmente en cuenta el Ciclo Disfuncional de la misma, en donde están inmersos los factores de vulnerabilidad de la paciente, los factores desencadenantes y los agentes de mantenimiento del cuadro.

Comenzando por los factores de vulnerabilidad, se considera su red de crianza, la cual es de

un estilo educacional sobreexigente. Respecto a los factores desencadenantes, la paciente nombra a su ingreso al empleo actual como “la gota que rebalsó el vaso” ya que se encuentra expuesta a constantes presiones, correcciones y maltratos por parte de sus superiores. Por último, los agentes de mantenimiento del presente ciclo disfuncional se relacionan sobre todo a la ausencia de actividades placenteras por parte de la paciente, quien ya no asiste a eventos sociales ni realiza deportes que anteriormente le generaban placer, así como el abandono de acciones de cuidado básico (como cuidar su alimentación, peinarse o maquillarse a gusto), además de la rumia constante sobre autorreproches y dudas sobre su capacidad.

Con toda dicha información recabada, se decide que lo principal es abordar lo sintomático con el objetivo de brindar alivio (pero teniendo en cuenta que gran parte de dicho malestar se encuentra ligado a disfuncionalidades en su personalidad, las cuales se retomaron avanzado el tratamiento). En principio, entonces, se establecieron los siguientes objetivos:

1. Aliviar la sintomatología depresiva (incluyendo la ideación suicida)
2. Fortalecer y acrecentar su autoestima
3. Ayudarla a desarrollar e implementar estrategias de regulación emocional y control de la ansiedad (y rumiación)

Para cumplir con dichos objetivos, a continuación se nombran y desarrollan brevemente lo utilizado en el presente tratamiento:

- Instalación del dispositivo terapéutico.
- Establecimiento de la alianza terapéutica, así como una dinámica de feedback constante (tanto en términos de mi rol como terapeuta respecto a su avance, así como de ella como paciente respecto a la alianza).
- Psicoeducación: Durante todo el proceso, siendo al comienzo la psicoeducación una herramienta focalizada en el entendimiento del diagnóstico (neutralizando el estigma,

brindando información acerca de los circuitos cerebrales que forman parte del mismo y en la importancia de la identificación de síntomas y aplicación de hábitos de autocuidado), avanzando así también en la psicoeducación sobre el tratamiento (en este sector fue central la aclaración continua del valor del compromiso en la realización de tareas intercesión y del correcto uso de la medicación).

- Activación Conductual: Siendo la primera técnica utilizada, con el objetivo específico de incrementar sistemáticamente la activación de la paciente respecto a sus fuentes de placer y gratificación. De este proceso se lograron resultados satisfactorios, lo cual permitió poder continuar con el avance del tratamiento.
- Exploración y registro de pensamientos (utilizando y completando la herramienta de Autorregistro).
- Técnicas de Regulación Emocional y Control de la Rumia.
- Reestructuración Cognitiva: Mediante la cual se logró que la paciente pueda ver la relación entre su cognición, emoción y posterior conducta. De esta forma, una vez que la ideación suicida disminuyó en su totalidad ante la aplicación de AC, se trabajó particularmente sobre los supuestos presentes tales como “Si no puedo hacer bien mis tareas en el trabajo es porque soy incapaz de ser abogada” y distintas creencias nucleares de personalidad que le generaban mucho malestar, tales como “soy un desastre”, “todo lo que me pasa es porque soy una dramática”. Así se logró que la paciente pueda aprender a tomar estos pensamientos como hipótesis, examinarlos y, posteriormente, adaptarlos generando una mayor funcionalidad y alivio sintomático.
- Prevención de Recaídas: Concentrándonos en reevaluar e identificar las conductas que aumentan los síntomas depresivos. Así pudimos desarrollar un plan de actividades alternativas para enfrentar estas situaciones. Asimismo armamos en conjunto una

“caja de herramientas psicoterapéuticas” donde se desarrollaron las estrategias básicas aprendidas durante el proceso psicoterapéutico con ejemplos incluidos.

- Repaso de logro de objetivos en conjunto.
- Cierre (aún no realizado).

Con este diseño de tratamiento, entonces, se puede establecer el cumplimiento del primer objetivo: Aliviar la sintomatología depresiva. Como se estableció anteriormente, para ello se utilizaron intervenciones específicas de Activación Conductual (AC) en la búsqueda de actividades adaptativas que le generen maestría y/o placer. De esta forma, Catalina renunció al trabajo que le generaba tanto malestar, e ingresó a uno nuevo donde se le reconoce su esfuerzo y respeta su conocimiento. Asimismo, comenzó a asistir nuevamente a su nutricionista, realizar clases de natación, programar una rutina diaria y asistir a eventos sociales, así como también la aplicación de hábitos de autocuidado tales como comprarse ropa de su gusto, maquillarse, volver a usar su cabello suelto (lo cual extrañaba hacer, pero se sentía incapacitada), entre muchas otras. Así fue que se pudo cumplir con el objetivo número dos: fortalecer y acrecentar su autoestima. La paciente indicó sentirse bien consigo misma, tanto con su imagen como con su personalidad, encontrándose muchas veces con pensamientos “positivos” sobre ella misma. En esta instancia del tratamiento, se disminuyeron la cantidad de sesiones de dos a una sesión semanal, con una duración de 50-60 minutos.

Se destaca que al comienzo del programa de AC, mientras se explicaban los primeros pasos y tareas intersesión, Catalina ya no tenía pensamientos suicidas y/o autolesivos, lo cual se mantiene hasta la actualidad.

La Activación Conductual (AC) en sí es un tratamiento breve y estructurado para la depresión, cuyo objetivo está centrado en la activación de los pacientes, basándose en la premisa de que los problemas en la vida de individuos vulnerables reducen la capacidad de experimentar una recompensa positiva de sus entornos, y por ende se desencadenan los síntomas y las conductas que luego clasificamos como depresión. De hecho, Ferster (1973) postuló que la depresión se caracteriza por una reducción de determinados tipos de actividad, y postuló que las personas que padecían de depresión recibían una menor recompensa de sus actividades. Esto mismo es lo que se pudo evaluar en el caso de Catalina desde un comienzo, y de ahí surgió la iniciativa de la aplicación de un programa de AC que permitiera una mejora en el estado de ánimo, para después poder concentrarnos en el siguiente paso y avanzar con el diseño de tratamiento.

Para esto, se realizó en principio con un fino trabajo de psicoeducación sobre la AC y, posteriormente la utilización de programación de actividades, utilización de registros semanales, resolución de problemas y un cumplimiento de tareas intercesión excelente, el cual se logró fomentando siempre un comportamiento activo por mi parte como terapeuta, resaltando todas las cualidades positivas y funcionales de la paciente.

Una vez que se obtuvo una mejora considerable en el estado de ánimo de la paciente, fue que se comenzó a utilizar la técnica de Reestructuración Cognitiva, cuyo objetivo principal es enseñarle al paciente que sus pensamientos son hipótesis o interpretaciones de la realidad, pero no son la realidad misma, es decir, las interpretaciones no son hechos sino afirmaciones probabilísticas (Bados, 1996). Para esto, se utilizó un autorregistro de situaciones, pensamientos, conductas y emociones a completar un período determinado de días, para así poder examinar e identificar pensamientos negativos junto con su posible funcionalidad y posterior adaptación. De esta manera, se logró cumplir con el tercer objetivo

planteado al comienzo del tratamiento: ayudarla a desarrollar e implementar estrategias de regulación emocional y control de la ansiedad, ya que una vez que la paciente aprendió a identificar sus pensamientos disfuncionales supo cómo adaptarlos y, por ende, pudo utilizar esto como una de las principales estrategias de autorregulación emocional y detenimiento del ciclo disfuncional de la ansiedad.

La técnica que más ayudó a Catalina respecto a la rumia fue la que nombramos como “Parada de Pensamiento”: la paciente en varias ocasiones tenía momentos en los que ingresaba a un “loop” rumiativo del cual le era muy difícil escapar, y, además de la angustia que le generaba, también la incapacitaba a resolver actividades importantes de su cotidianidad. Con el uso del autorregistro se identificó que la mayoría de las veces que ocurría era porque se encontraba en su trabajo, estudiando o en tiempos de descanso inactivo.

Por ello, es que, además de que haya podido aprender cuáles eran los pensamientos que le desencadenaban malestar, también aprendió a identificar cuándo, cómo y dónde comenzó la rumiación, y así luego poder manejarla aplicando los siguientes pasos:

1. Si comienzo a preocuparme de más o a tener muchos pensamientos negativos, paro de hacer lo que estoy haciendo, y pienso: ¿Realicé algún cambio en la resolución del problema?; ¿Llegué a interpretar alguna emoción personal que antes no había notado y/o entiendo algo que antes no entendía?; ¿Me siento mejor/menos deprimido que antes de haber comenzado a pensar en esto?
2. Si no hay un claro “Sí” en respuesta a alguna de estas preguntas, lo más probable es que esté rumiando.
3. Orden de pensamiento: Me concentro en qué es lo que está pasando, cómo me hace sentir y qué puedo hacer con esa situación. Lo divido en pasos cortos que me ayuden a avanzar hacia una acción útil.
4. Acciono.

De esta forma, Catalina logró aprender a parar el ciclo rumiativo y generar pensamientos más adaptativos que impulsaron su bienestar.

En fin, considerando los resultados obtenidos ante el cumplimiento de los principales objetivos, se puede establecer que el tratamiento fue exitoso. Actualmente nos encontramos en el marco de repaso de logro de objetivos en conjunto, con una frecuencia de una sesión mensual que la paciente solicitó tener ante el deseo de poder acompañarla hasta el día de su recibida, que será los últimos días de noviembre del presente año. Asimismo, la paciente fue dada de alta por su psiquiatra en septiembre del presente año, luego de un año de tratamiento combinado.

Considero en mayor parte que este caso fue exitoso principalmente por dos variables: una excelente alianza terapéutica, y una particular aplicación psicoeducativa. En principio, la alianza terapéutica en sentido de que los feedback del proceso terapéutico fue siempre muy positivo, obteniendo repetidas veces expresiones muy agradecidas respecto a mi trabajo, particularmente sobre lo acompañada y validada que se sintió durante todo el tratamiento. En este sentido, Corbella y Botella (2003) establecen que la calidad emocional y relacional del vínculo entre paciente y terapeuta es una parte imprescindible del éxito de un proceso psicoterapéutico. Particularmente en casos de depresión, la investigación afirma que la alianza terapéutica en estos casos en particular cuenta con un valor agregado, siendo los datos los que apuntan a que entre mayor sea la calidad de la alianza terapéutica, mayor es la tasa de éxito en trastornos depresivos (Alvaro & Panadero, 2021).

Asimismo, como se ha especificado con anterioridad, se realizó un programa particular de Psicoeducación en Depresión. La Psicoeducación se define como “la información sistemática estructurada y didáctica sobre la enfermedad y su tratamiento. Incluye e integra los aspectos emocionales para permitir que los pacientes y los miembros de sus familias puedan afrontar la enfermedad” (Bäumel & Pitschel Walz, 2006). La misma se aplicó de forma individual para con la paciente, utilizando por un lado estrategias de explicación activas durante la consulta, y pasivas mediante archivos que se realizaron puramente con este objetivo, los cuales se adaptaron y compartieron con su red familiar, en este caso su madre, quien también cumplió un rol sumamente especial en el éxito de este tratamiento. En sí, se brindó información sobre qué es la depresión, su diferencia para con otros trastornos, características específicas del cuadro, reducción de estigma y cuál era la evolución previsible junto con los obstáculos que podían llegar a aparecer durante el proceso terapéutico.

La suma de ambas variables, así como el diseño de un tratamiento detallado, considero fue lo que permitió que se puedan obtener resultados favorables. Y, sin lugar a dudas, una predisposición y confianza por parte de la paciente que se puede catalogar como extraordinaria.

Conclusiones

El presente caso fue uno de los primeros desafíos en mi labor como psicoterapeuta. A medida que fuimos avanzando en conjunto durante el tratamiento pude vivenciar la importancia que tiene la formación exhaustiva en técnicas que sean efectivas para aplicar en casos que desde un comienzo se plantean como “difíciles”.

Fue un hallazgo personal el hecho de haber atendido a Catalina a medida que iba avanzando en la carrera de especialización en Aiglé, siendo eso en parte lo que me ayudó e impulsó a diseñar este proceso psicoterapéutico y sentirme segura en el camino.

En Argentina, 1 de cada 3 personas presenta un problema de salud mental a partir de los 20 años. Las problemáticas más frecuentes son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y los problemas por consumo de sustancias (Stagnaro y cols, 2018). Además, un estudio de UBA (Universidad de Buenos Aires) reflejó que el 9,4 % de los argentinos tienen riesgo de padecer un trastorno mental, así como también los resultados indicaron que la población más joven es quien cuenta con mayores niveles mayores de sintomatología depresiva (Etchevers et al ., 2023). De aquí, considero que es de vital importancia en nuestro país formar a profesionales de salud mental en Prácticas Basadas en Evidencia (PBE) para brindar un servicio óptimo, siendo las PBE según APA (2006) la “integración de la mejor investigación disponible con la experticia clínica en el contexto de las características, la cultura y las preferencias del paciente”.

Referencias

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61, 271-285
- Alvaro, M y Panadero, S. (2021). ¿Existe relación entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico en el tratamiento de la depresión? Análisis y revisión. *Revista Clínica Contemporánea*, 12 (11), 1-15. <https://doi.org/10.5093/cc2021a13>
- Bados, A. (1996). La técnica de la reestructuración cognitiva. En Alberca, J. M. G. y Prieto, C. G. (Eds.), *Manual práctico de psicología clínica y de la salud*, 15-48. Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos.
- Bäumel J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kessler W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry*. 68:854–61.
- Beck, A., y cols. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19a edición). *Biblioteca de Psicología*, Ed. Desclée de Brower.
- Casullo, M y Perez, M. (2008). El Inventario de Síntomas SCL-90 R de L. Derogatis. Adaptación UBA, CONICET.
- Corbella, S y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Derogatis, L. (1994). SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual. Minneapolis: National Computer System.
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., López, PL, Schmidt, V., Y Grasso, J. (2023). Relevamiento del estado psicológico de la población argentina. *Observatorio de Psicología Social Aplicada*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Ferster, C.B. (1974). Behavioral approaches to depression. R.J. Friedman y M.M. Katz (eds). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons.

Martell, C., Dimidjian, S y Herman-Dunn, R. (2010). Activación Conductual para la Depresión: una guía clínica. *Biblioteca de Psicología*, Ed. Desclée de Brower.

Stagnaro, J y cols. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. XXIX: 275-299.