

DEPRESION: PSICOLOGIA DE LA PERDIDA. UN MODELO DE EXPLICACION E INTERVENCION PARA EL CLINICO

Juan Sevilla
y Carmen Pastor*

RESUMEN

En el artículo se centra y clarifica el concepto de depresión, utilizando como elementos clave la pérdida de reforzadores, como variable disparadora, y un conjunto de factores predisposicionales entendidos como vulnerabilidad psicológica hacia la depresión. Se sugiere también, en base al modelo explicativo, una línea de decisión de intervención terapéutica.

PALABRAS CLAVE

Depresión, pérdida de reforzadores, factores predisposicionales, análisis funcional, baja tasa de refuerzo positivo, prevención.

¿QUE ES Y QUE NO ES DEPRESION?

Revisando las clasificaciones formales de los trastornos emocionales y afectivos (Kielholz, 1971; DSM-II, DSM-III-R), nuestra impresión personal es que, se sugiere, más o menos claramente, que, cuanto más grave es la depresión, menos eventos precipitantes externos posee, y más se atribuye a causas orgánicas.

Las teorías orgánicas de la depresión se basan en un concepto clave; el déficit bioquímico de neurotransmisores. Básicamente existen dos

modelos (Schildkraut, 1965), la depresión estaría causada por un bajo nivel de norepinefrina, o por un bajo nivel de serotonina. Sin embargo, no se explica a qué se deben los cambios en el nivel de neurotransmisores activos. Los datos demuestran una correlación entre conducta depresiva y nivel bajo de neurotransmisores. Ahora bien, en ningún momento se ha podido establecer una relación de causa-efecto. De hecho, existe otra línea de investigación bioquímica, oportunamente silenciada por intereses comerciales (recordemos que los antidepresivos son fármacos muy recetados), que afirma que los neurotransmisores descienden como resultado de que el organismo sea sometido a stress (Katz, 1971), y en esa dirección, la bajada de los neurotransmisores sería la consecuencia orgánica de la depresión, pero no su causa.

Es todavía una cuestión sin dilucidar que exige más investigación. Los investigadores orientados orgánicamente toman, como prueba de que su hipótesis es cierta, la eficacia de las drogas antidepresivas, mientras que los investigadores orientados psicológicamente, toman como prueba que, tras realizar una terapia psicológica, los niveles de neurotransmisores vuelven a la normalidad, sin necesidad de usar drogas.

Añadamos más datos a esta controversia. Si la hipótesis orgánica fuese cierta, esto significaría que en un momento dado una persona, de pronto, se deprime, de igual forma que puede enfermar de gripe. Así, pues, depresión sería sinónimo de enfermedad. Ya hace unos

* Psicólogos Clínicos.
Centro de Terapia de
Conducta
Avda. Jacinto
Benavente, 12, 7.º A -
Valencia

cuantos años, Paykel y Beck (1970) realizaron una serie de estudios para intentar encontrar diferencias entre depresiones endógenas y reactivas. Los resultados fueron sorprendentes; no había diferencias en cuanto a eventos precipitantes. Ambos grupos por igual habían sufrido, en los meses anteriores al inicio de la depresión, una serie de acontecimientos desagradables: aumento de peleas conyugales, separación de pareja, comienzo o cambios en el trabajo, enfermedad personal, enfermedad o muerte de un ser querido y abandono familiar de alguno de los miembros. La única diferencia que se encontró entre ambos grupos fue el deterioro. Los que habían sido diagnosticados de depresión endógena, estaban más deprimidos que los diagnosticados como reactivos. Nuestra conclusión es que para que una persona se deprima, es condición indispensable que haya sufrido algún tipo de acontecimiento aversivo (pérdida de reforzadores). Nadie se deprime sin perder reforzadores. Ahora bien, en algunos casos, los reforzadores perdidos no son tan evidentes como la muerte de un ser querido, e incluso podrían tener la forma aparente de una mejora de las condiciones de vida (por ejemplo, pasar a vivir a una mejor vivienda, o ascender en la jerarquía del trabajo). En estos casos, tras un análisis minucioso, descubrimos que ese cambio "para mejor", en realidad, ha supuesto la pérdida de una serie de reforzadores. En otros casos, el proceso puede ser todavía más sutil. Algunas personas se deprimen no por una pérdida ya ocurrida, sino por la

expectativa de dicha pérdida (Beck, 1979).

Este podría ser un buen punto para clarificar lo que nosotros consideramos importantes mitos sobre la depresión, y que, a nuestro juicio, causan graves problemas entre los que sufren el trastorno y los profesionales que intentan tratarlo.

Empezaremos con la famosa depresión postparto. Parece que una gran cantidad de la población general y muchos clínicos también, asumen que los cambios biológicos que se producen en las mujeres durante el embarazo e inmediatamente después del

parto, producen depresión.

La teoría afirma que la depresión que puede aparecer los primeros días después del parto está causada directamente por niveles hormonales bajos (Pitt, 1973; Yalom y cols., 1968). Sin embargo, otros autores también de corte biológico (Nott y cols., 1976) encontraron correlaciones muy bajas entre niveles de progesterona y estrógenos y depresión.

En la línea del excelente artículo de Llavona, Muruaga y Nogueiras (1986) cree-

mos que hay una explicación psicológica mucho más plausible que las meras alteraciones hormonales. Al revisar los cambios que se producen en la vida de una madre reciente, nos encontramos con que muchos de éstos entrarían en la categoría de pérdida de reforzadores o de aumento de la aversión. Estos cambios, además, no empiezan después del parto, sino, en la mayoría de los casos, durante el embarazo. El siguiente listado no es exhaustivo pero sí clarificador: durante el embarazo se



producen sensaciones orgánicas aversivas como náuseas, cansancio, mareos, problemas de sueño. La madre tiene que dejar de hacer o restringir una serie de actividades reforzantes como trabajar, salir, hacer deporte, tener relaciones sexuales, comer o beber lo que le apetezca. En la relación de pareja se producen cambios con el nacimiento del niño y el estrés que genera su cuidado: inexperiencia, alimentación del niño, ruptura del patrón del sueño, disminución de actividades placenteras comunes y muchas cosas más. Analizando estos cambios ambientales, es más sencillo entender qué es la depresión postparto.

También parece estar universalmente aceptado que cuando se llega a la ancianidad, este estadio evolutivo lleva inherentemente a la depresión, de nuevo por factores orgánicos. Sí que los datos demuestran que una gran cantidad de personas mayores se deprimen, pero no hay datos claros de cuáles son esos teóricos cambios orgánicos que producen depresión. Analicémoslo conductualmente de nuevo. A medida que una persona envejece empieza a perder aptitudes físicas, aparecer aversión física (dolor y molestias), se pierden seres queridos, dejan su trabajo, en muchos casos viven apartados de sus familias, y en algunos, incluso se sufren privaciones a niveles muy básicos. De nuevo, es fácil entender por qué muchos ancianos se deprimen.

Por último nos gustaría revisar lo que nosotros consideramos otro mito. La idea de que si una persona sufre una enfermedad y está deprimido, esa depresión no es tal, sino una conse-

cuencia inherente a la enfermedad. Desde nuestro punto de vista esto es inadecuado; ¿qué mejor pérdida de reforzadores que estar yaciendo en un hospital sufriendo dolor y habiendo perdido el ritmo de vida habitual? Que una persona esté enferma no implica que deba estar deprimida.

Si bien es necesario que haya una pérdida de reforzadores para que aparezca la depresión, no siempre que ocurra, quien la sufre, automáticamente se deprime. Es decir, estos acontecimientos negativos se distribuyen con normalidad estadística entre la población general, y desde luego, no todos se deprimen clínicamente. La ecuación es más complicada; hay una serie de variables individuales o factores predisposicionales que tras la pérdida de reforzadores harán que la persona se deprima o no.

En base a todos los datos citados y a nuestra experiencia clínica, la conclusión de este apartado sería que la depresión es un proceso psicológico producido siempre por una pérdida más o menos evidente de reforzadores.

Si nuestra evaluación es minuciosa y no encontramos esa pérdida, entonces estaríamos ante otro tipo de trastorno afectivo que no podríamos denominar depresión.

Por otra parte, hay que recordar al lector que existe una serie de enfermedades orgánicas y estados del organismo que pueden producir sensaciones muy parecidas a la depresión, sin serlo. Las más habituales son: dietas muy bajas en calorías, tumores cerebrales, hepatitis, encefalitis, esclerosis múltiple, anemia perniciosa, etc.

RECONCEPTUALIZANDO EL CONCEPTO DE LA DEPRESIÓN: ORIGEN Y MANTENIMIENTO

El concepto clave es claro: pérdida de reforzadores, y como tal aparece en la literatura científica (Lewinshon, 1969; Beck, 1979; Seligman, 1972; Fenell, 1989; Nezu, Nezu y Perri, 1989). Sin embargo, ¿por qué algunos individuos sufren esos eventos precipitantes y se deprimen clínicamente, mientras que otros tan sólo sienten una tristeza llevadera? La respuesta estaría en lo que nosotros denominamos variables predisposicionales. Esas variables predisposiciones incluirían una cantidad amplia de factores y habilidades, aunque realmente no existe un acuerdo exhaustivo y unívoco de cuáles son.

Para los autores de corte más clásico (Lewinsohn, 1969/72/75) las variables predisposicionales estarían en función de: los sucesos potencialmente reforzantes para un determinado sujeto, su disponibilidad en el medio, y los haberes conductuales que posea el propio sujeto. Es decir, una persona estaría más dispuesta a la depresión cuanto menos poseyese una vida llena de fuentes de satisfacción, cuanto menos disponibles estuviesen estas actividades y eventos agradables, y cuanto menos hábil fuese. El concepto de habilidad o haber conductual se define vagamente en los autores de corte clásicamente conductual: "habilidad sería la capacidad del sujeto para emitir la conducta adecuada en el momento adecuado y recibir refuerzo por ello", e incluiría habilidades sociales, maritales, profesionales, etc.

Para otros autores de orientación más cognitiva (Beck, 1967/79/85 y

86; Seligman, 1978), el factor predisponente básico sería el sistema de creencias o el estilo atribucional. Según el planteamiento (Beck, 1979; Ellis, 1962), las personas, a lo largo del proceso de socialización, y en base a las experiencias vitales, van aprendiendo una serie de ideas o asunciones con las que van juzgando lo que les sucede.

Estas ideas siguen ahí porque tienen una misión social de mantener el sistema, y en ese sentido, tienen una función positiva. El problema aparecería cuando esas ideas se creen demasiado rígidamente, y son "activadas" por eventos precipitantes (pérdidas de reforzadores). En tales casos, la realidad no se juzgaría directamente a partir de los datos reales, sino a través del filtro de esas ideas, viéndolo todo de manera negativa o pesimista. Ejemplos de esas grandes ideas serían: "para considerarme válido como persona, todo lo que hago debo hacerlo a la perfección", "el mundo debería ser un lugar cómodo donde vivir, sin que me pasen cosas negativas", "el mundo debería ser justo"...

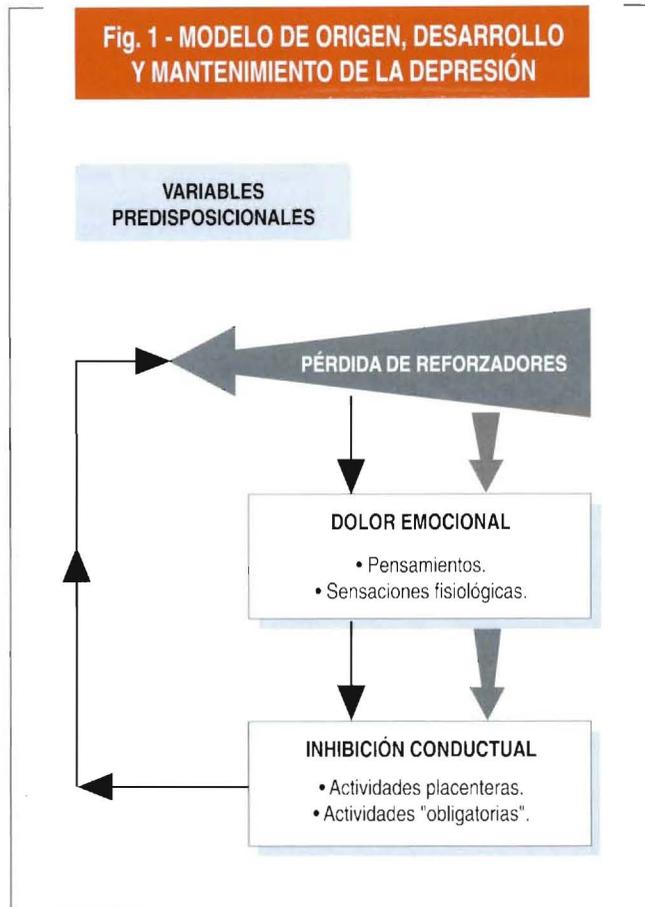
Otros autores más actuales (Nezu, Nezu y Perri, 1989) y siguiendo el modelo de resolución de problemas de D'Zurilla (1978), afirman que la variable predisposicional más importante es el nivel de habilidades de resolución de problemas que el sujeto posea. Es decir, hasta qué punto tiene una buena orientación hacia los problemas, si sabe definir el problema, buscar alternativas, evaluarlas y tomar una decisión, y operativizar la opción en un plan claro. La depresión aparecería en aquellos sujetos que, ante un problema (pérdida de reforzadores), no saben cómo afrontar

tarlo o resolverlo, viéndose atrapados o sin solución.

La conclusión de esta pequeña revisión, y de lo que vemos cada día en la clínica, es que existe un perfil o estilo de vida que incluiría habilidades cognitivas y conductuales, que predispone a la gente a la depresión: estilo cognitivo irracional, tipo de vida vacía de reforzadores, inhabilidad social, dificultades de resolución de problemas, etc. Estas personas, al sufrir una aversión, en forma de pérdida de reforzadores, empezarían a notar un malestar que, de no cortarse, se convertiría en depresión.

Las piezas empiezan a encajar. Para que una persona se deprima, se necesitan unas variables predisposicionales y una pérdida de reforzadores. Ahora bien ¿cómo ocurre este proceso? Como ya describimos en otro momento (Sevillá y Pastor, 1991 B), desde nuestro punto de vista, el proceso suele ser así (ver figura 1).

Una persona predispuesta sufre una pérdida de reforzadores; obviamente, eso le produce un dolor emocional, dolor emocional que, en un primer momento, podemos operativizar en pensamientos negativos ("qué desgracia", "por qué a mí?"...) y en sensaciones fisiológicas (insomnio, pérdida de apetito, cansancio...); ante estos pensamientos y sensaciones aparece un efecto motivacional, o de descenso en la motivación, y dejan de hacer cosas ("no me apetece", "no estoy de humor"). Lo primero que se deja de hacer son las actividades agradables, los reforzadores habituales: salir, leer, hacer deporte, etc., y esto es lo que nosotros denominamos "la trampa de la depresión", el dejar de hacer esas actividades



agradables se convierte en más pérdida de reforzadores, porque le priva a la persona de ese placer, y eso se une al malestar de la pérdida original, haciendo que piense más negativamente y que sienta más sensaciones desagradables, lo que a su vez le produce más inercia conductual, y ya entramos en un diseño circular de hacer menos, pensar mal, y sentir mal. En una tristeza normal, este esquema dura poco tiempo, y en un corto período la gente "se anima" y poco a poco vuelven a reiniciar su ciclo de vida corriente. Pero en las personas que se deprimen, este círculo se fortalece y automatiza cada vez más, y el siguiente paso sería dejar de hacer las actividades "obligatorias", pudiéndose llegar a casos extremos donde la persona no hace nada más que yacer en un sofá o cama y llorar.

Este modelo explicaría el origen y el mante-

nimiento del problema. Sin embargo, para entender completamente el esquema depresivo focalizando en las variables operantes de mantenimiento, necesitamos aludir al concepto de Análisis Funcional (Pastor y Sevillá, 1990).

El principal factor de mantenimiento de las conductas depresivas, es, como en los problemas de ansiedad, el proceso de refuerzo negativo. Cada vez que una persona deprimida piensa en hacer una actividad potencialmente reforzante, o se le sugiere una persona cercana, aparece la inercia o manca de motivación que hemos descrito, que se plasma en pensamientos como "no me apetece", "lo pasaré mal", que son acompañados por una emoción difícil de describir y que podríamos tratar de definir como inapetencia, pesadez; e incluso ante situaciones concretas (por ejemplo,

de tipo social): ansiedad. Cuando la persona decide de no ir, esta respuesta operante de decir (o pensar) "no", se ve reforzada negativamente por una sensación de alivio, que elimina esos pensamientos y esas emociones comentadas. Es decir, la conducta de rechazar las actividades potencialmente reforzantes (que harían que la depresión mejorase), queda reforzada negativamente por el alivio que implica rechazarlas. Así pues, desde un punto de vista estrictamente conductual, la depresión podría ser definida como el estado emocional que puede aparecer como resultado de que una persona esté siendo sometida a un nivel escaso de reforzadores positivos, estado que a su vez se mantiene por refuerzo negativo.

Puede darse otro factor de mantenimiento de gran importancia. La tasa de refuerzo positivo necesaria para no estar deprimido no se obtendría porque el sujeto no tiene en esos momentos las habilidades necesarias para conseguir ese nivel de refuerzo positivo.

En primer lugar, podría ocurrir que el sujeto sí que acceda a las actividades que, antes de la pérdida original, eran reforzantes pero, ahora, probablemente por distorsiones cognitivas (Beck, 1979) las evalúa como displacenteras, no recibiendo de ellas el refuerzo positivo.

Una segunda posibilidad podría ser que, como parte de la pérdida original, el sujeto está siendo sometido a un gran nivel de aversión, que impide que reciba el nivel de refuerzo habitual por realizar las actividades cotidianas (p. e., una persona que sufre un gran dolor físico constantemente por una enfermedad).

Otra posibilidad podría ser el caso en que la pérdida de reforzadores implicase que el sujeto se viera obligado a moverse en un diferente contexto social ante el que su repertorio de Habilidades Sociales es insuficiente o inadecuado.

En estos casos, o en otros que podemos encontrar, el resultado final sería el mismo, bien por ausencia de habilidades conductuales o cognitivas diversas, bien por refuerzo negativo, el sujeto no tendría acceso a la cantidad necesaria de satisfacción (refuerzo positivo) que se necesita para no estar deprimido. En la práctica clínica, lo habitual es encontrar diferentes variables mantenedoras combinadas en un mismo caso; hay secuencias depresivas respondentes, las hay por falta de habilidades y las hay de naturaleza operante.

RECONCEPTUALIZANDO EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

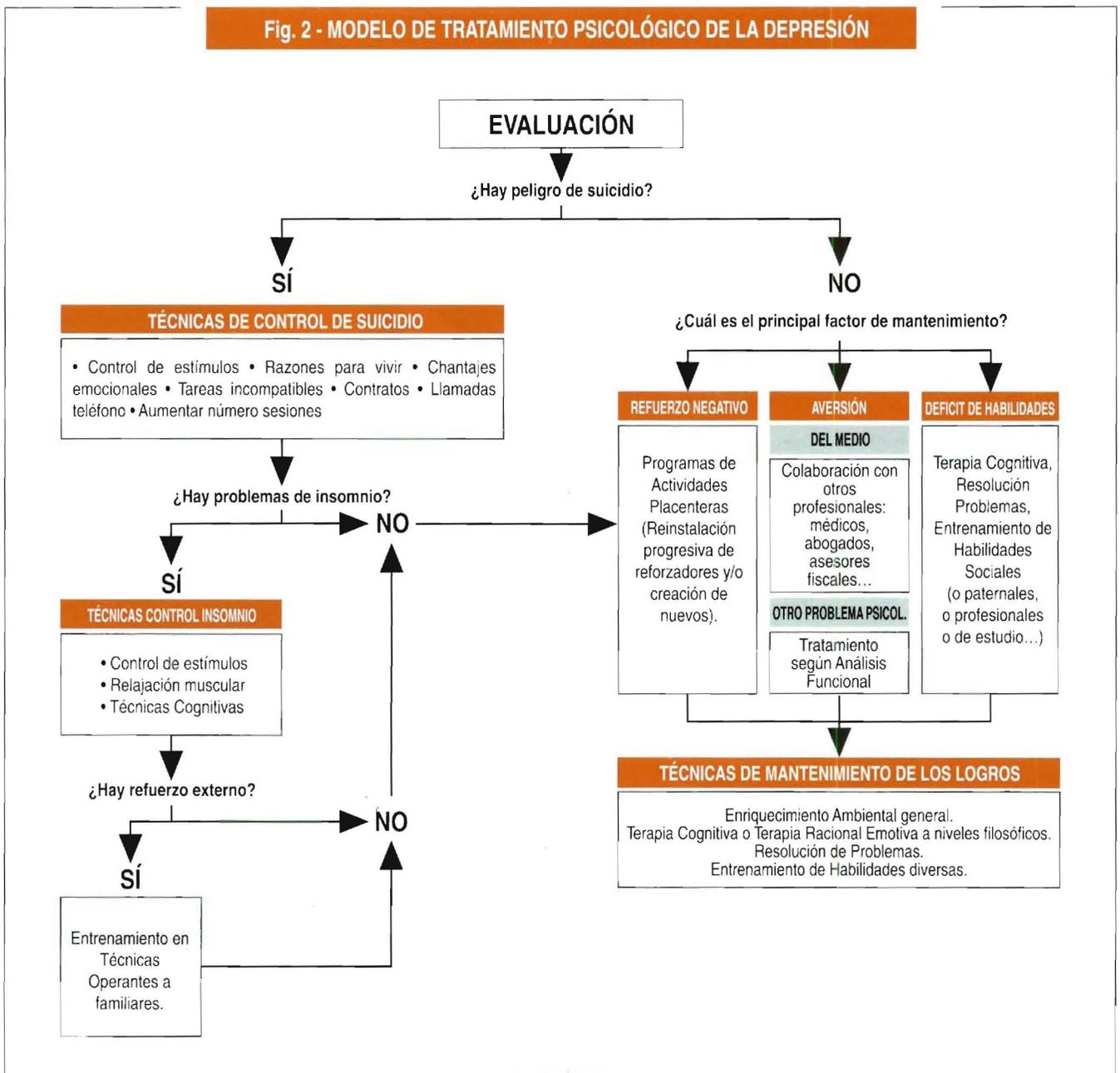
Nuestro modelo de tratamiento de la depresión se basa en tres fases o niveles consecutivos (ver figura 2).

En la primera fase, el objetivo prioritario es **controlar las conductas suicidas** (obviamente, sólo en el caso de que haya intencionalidad suicida). Como ya hemos comentado en otro trabajo (Sevillá y Pastor, 1991 A), al revisar la literatura científica sobre depresión, encontramos un enorme vacío en estrategias específicas destinadas al control de las respuestas suicidas. A lo largo de nuestra práctica clínica, hemos desarrollado un conjunto de técnicas concretas para manejar las ideas y conductas de suicidio. Para una descripción exacta y rigurosa de la aplicación de estas técnicas, véase Sevillá y Pastor (1991 A).

En nuestro modelo de intervención, e incluso sin haber completado la fase de evaluación, si detectamos un nivel de intencionalidad suicida considerable, aplicamos dichas estrategias. Las más habituales son: control de estímulos, razones para vivir, técnicas de mantenimiento de los logros, razones para vivir,

En nuestro modelo de intervención, e incluso sin haber completado la fase de evaluación, si detectamos un nivel de intencionalidad suicida considerable, aplicamos dichas estrategias. Las más habituales son: control de estímulos, razones para vivir,

Fig. 2 - MODELO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN



chantajes afectivos, contratos, tareas incompatibles, llamadas de teléfono, aumentar el número de sesiones, etc. En cuanto el riesgo de suicidio ha descendido, y el grado de desesperanza es menor, pasaríamos a la 2.^a fase, que denominaríamos **Fase de Control de Respuesta depresiva**, sin por ello abandonar las estrategias de la fase anterior. En esta segunda etapa, el objetivo principal sería disminuir y eliminar las respuestas depresivas: pensamientos negativos, sensaciones fisiológicas desagradables e inhibición conductual.

Aunque, estrictamente, el insomnio es una Respuesta fisiológica dependiente, como puede serlo la pérdida de apetito, si aparece en un determinado caso, le damos especial importancia, puesto que trabajar con una persona que apenas duerme multiplica enormemente las dificultades. Por eso, en el modelo (figura 2) se da tratamiento aparte. Las técnicas básicas de manejo de insomnio más usadas son: control de estímulos, la relajación muscular profunda y las técnicas cognitivas.

Siguiendo en esta segunda fase, el próximo paso, y en base al análisis funcional riguroso que nos informaría de cuáles son las variables mantenedoras que hacen que el sujeto no reciba el suficiente nivel de refuerzo positivo, y que causan por tanto su depresión, decidiríamos las técnicas a usar. Tal y como sugeríamos en el apartado anterior, existen tres posibilidades básicas, que nunca encontramos puras sino más bien en continua interacción.

Si el bajo nivel de refuerzo positivo se mantiene por conductas operantes de evitación y escape (refuerzo negati-

vo), el tratamiento prioritario deberá estar orientado a reducir las conductas de evitación, aumentando con ello las actividades y eventos reforzantes. Técnicamente esto se realiza por medio de Programas de Actividades agradables o placenteras (Lewinshon 1972, Beck 1979).

Si la baja tasa de refuerzo positivo se mantiene porque el sujeto carece de las habilidades necesarias (conductuales o cognitivas) para acceder o disfrutar del refuerzo positivo, el tratamiento prioritario estará orientado a entrenar al sujeto en dichas habilidades. Las técnicas más usadas serían: Terapia Cognitiva (Beck, 1979), Entrenamiento de habilidades sociales (Lewinshon, 1984) y Resolución de Problemas (Nezu, Nezu y Perri, 1989).

Si la baja tasa de refuerzo positivo se mantiene porque existe un alto grado de aversión en la vida del sujeto, el tratamiento prioritario irá destinado a reducir esa aversión. En algunos casos, será necesario contar con la colaboración de otros profesionales (cuando la aversión tenga origen legal, fiscal, médico...). En muchos otros casos la aversión es fruto de otros problemas emocionales: ansiedad, problemas maritales, de familia, sexuales... Las técnicas usadas serían las concretas para cada uno de estos casos.

En la práctica clínica, encontramos casos de depresión donde tiene más peso una de estas variables mantenedoras, pero es muy poco frecuente que se encuentre en estado puro. De hecho, lo corriente es que cada una de estas variables mantenedoras explique una parte del total de la respuesta depresiva. La consecuen-

cia práctica de ello, cara a la terapia, es que casi siempre se utiliza una combinación de distintas técnicas.

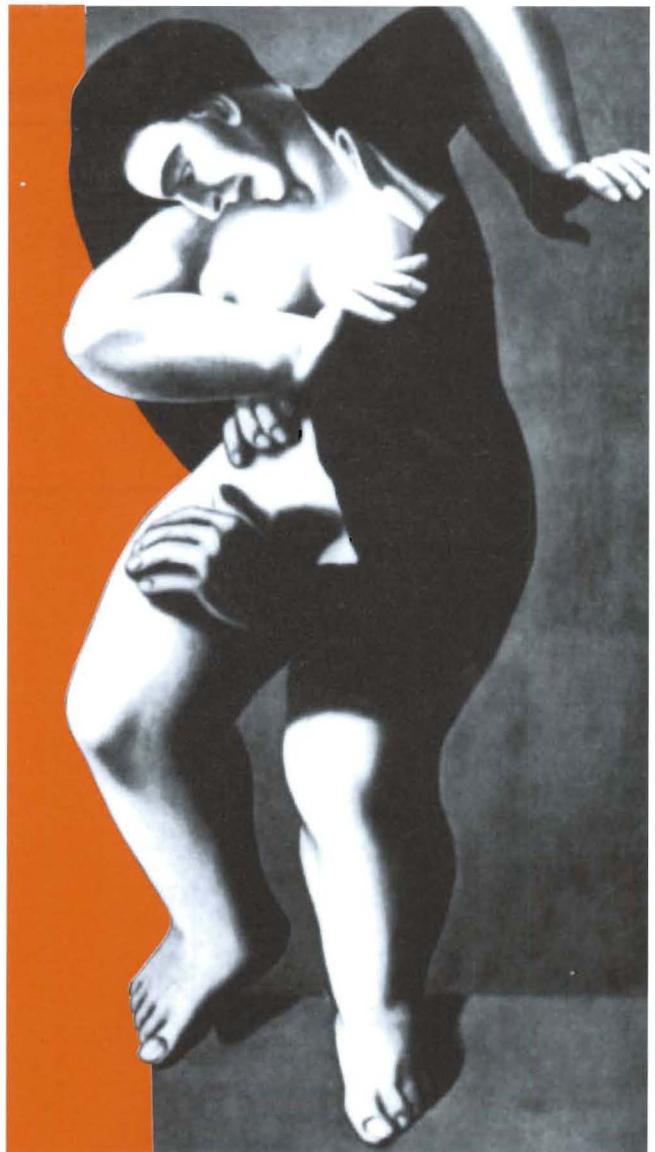
Aparte de estas variables ya comentadas, se suele encontrar una pequeña proporción de conducta depresiva reforzada positiva o negativamente por el medio. Es importante en estos casos, entrenar a las personas cercanas al cliente, a cambiar el foco de sus refuerzos. Reforzar conducta positiva, y extinguir respuesta depresiva. Es de particular importancia que el terapeuta sea el principal seguidor de este principio terapéutico, en sesión.

Por último, entramos en la tercera fase,

denominada Fase de **Mantenimiento de logros o Prevención de Recaídas**. Esta fase se simultanea con el final de la etapa anterior y tiene su máximo desarrollo cuando la respuesta depresiva está en vías de desaparición.

El objetivo de la tercera fase es cambiar lo que en el modelo (figura 1) hemos llamado Variables Predisposicionales.

Habitualmente, este trabajo consiste en modificar las grandes creencias irracionales de base (Ellis, 1980), aumentar el número de eventos potencialmente reforzantes (Lewinshon, 1984), adquirir habilidades de resolución de problemas (Nezu, Nezu y Perri



1989) o entrenar al cliente en distintas habilidades como prevención de futuros problemas. La idea básica es que, más pronto o más tarde, como todas las personas, va a sufrir de nuevo una pérdida de reforzadores y, si sus variables predisposicionales concretas no han variado, el afrontamiento será de nuevo inadecuado y volverá a deprimirse. Desde nuestro punto de vista, esto podría explicar la mayoría de las recaídas y algunas de las mal llamadas depresiones cíclicas o periódicas.

CONCLUSION

Nos gustaría acabar este artículo clarificando que nuestro modelo de la depresión y de su intervención no es un modelo cerrado ni pretende ser una explicación de todos los casos de depresión. Sin embargo, creemos que el modelo está en consonancia con la literatura científica y también, muy especialmente, con lo que vemos en consulta. El modelo puede ser de ayuda para los clínicos, tanto para entender el porqué de la depresión del cliente concreto con el que están trabajando, como para darles directrices claras de cómo orientar la terapia.

Finalmente, nos gustaría señalar que, en los últimos años, ha habido un claro descenso en la cantidad de investigación dedicada al área de la depresión, y sería de mucho interés recuperar el énfasis que el tema merece.

BIBLIOGRAFIA

AGUDO, E.: "Estudio epidemiológico del suicidio: comparación de dos períodos" (1931-1950 y 1961-1980). Psiquis. 1990.

- ALARIO B., S.: "Diagnóstico y tratamiento de una depresión mayor con melancolía". *Estudios de casos en terapia del comportamiento*. Promolibro. 1989, pp. 213-230.
- ÁLVAREZ, C. J.: *Depresión*. Cinteco, 1979.
- ABRAMSON, L. Y.; SELIGMAN, M. E. P. y TEADALE, J. D.: "Indefensión en humanos: crítica y reformulación".
- ÁLVAREZ C., J. E.: "La depresión: definición y modelos". "Evaluación y tratamiento de la depresión". Carrobles y cols. *Análisis y modificación de la conducta, II*. Vol. 1 Uned. 1985. pp. 289-384.
- ÁLVAREZ, J. y ALFONSO, J. J.: "Un caso de depresión". D. MACIÁ A. y F. X. MÉNDEZ: *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Pirámide. 1988, pp. 101-117.
- ANTÓN, J. L. y cols.: "Entrenamiento de la anticipación en el tratamiento de la depresión". J. D. KRUMBOLTZ y THORESEN: *Métodos de consejo psicológico*. DDB. 1981. 98-106.
- BECK, A. T.: *Depresión*. University of Pennsylvania Press. 1990 (1967).
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F. y EMERY, G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. DDB. 1983 (1979).
- BECK, A. T. y SHAW, B. F.: "Enfoques cognitivos de la depresión". A. ELLIS, R. GRIEGER: *Manual de terapia racional emotiva*. DDB. 1981, pp. 127-140.
- BECK, A. T. y cols.: *The Predication of Suicide*. The Charles Press. 1986.
- BECK, A. T. y YOUNG, J. E.: "Depresión". D. H. BARLOW: *Clinical handbook of Psychological Disorders*. Guilford Press. 1985.
- BUCETA, J. M.^a; POLAINO L. A., y PADRÓN, P.: "Déficits de auto-estima de tipo emocional del 'learned helplessness' en un estudio experimental con estudiantes no depresivos y depresivos leves". *Análisis y modificación de conducta*. N.º 1982, pp. 191-211.
- BLACKBURN, I. M.: *Coping with depression*. DDB. 1987.
- BLACKBURN, I. M.: "Cognitive measures of depression" en PERRIS, C. y cols. *Cognitive psychotherapy; theory and practice*. Springer. 1989.
- BLACKBURN, I. M.: "An appraisal of comparative trials of cognitive therapy of depression", en *Idem*.
- BLACKBURN, I. M.: "Depresión" en BRADLEY, B.; THOMPSON, C.: *Psychological applications in psychiatry*. Wiley. 1985.
- BLACKBURN, I. M.: "Severley depressed in-patients" en SCOTT, J. y cols.: *Cognitive therapy in clinical practice; an illustrative casebook*. Routledge. 1989.
- CALDERÓN, G.: *Depresión*. Trillas. 1984.
- CARROBLES y cols.: "Depresión y entrenamiento asertivo". *La práctica de la terapia de conducta*. Promolibro. 1986, pp. 91-112.
- Carnwath, T. y Miller, D.: "Depresión". *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual práctico*. Martínez Roca. 1989 (1986), pp. 169-184.
- CLARKIN, J. F. y GLAZER, H. I.: *Depression. Behavioral and directive intervention strategies*. Garland. 1981.
- COVI, L. y cols.: "Group cognitive-behavioral therapy of depression: two parallel treatment manuals for controlled study" en PERRIS, C. y COLS.: *Cognitive psychotherapy; theory and practice*. Springer. 1989.
- IV Cursos de verano en San Sebastián. *La depresión*. Servicio editorial universidad del País Vasco.
- DAVISON, G. C. y NEALE, J. M.: "Depresión". *Psicología de la conducta anormal*. Limusa, 1980 (1974), pp. 211-239.
- DERUBEIS, R. J. y BECK, A.: "Cognitive therapy". K. S. DOBSON: *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. Hutchinson. 1988, pp. 273-306.
- FENNELL, M.: "Depresión". K. HAWTON and cols.: *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. O. U. P. 1989. pp. 169-234.
- FERSTER, C. B.: "A functional analysis of depression". *American psychologist*. October 1973. pp. 857-870.
- GILBERT, P.: *Counselling for Depression*. Sage. 1992.
- GLASS, R. M.: "Recent developments in the psychotherapy of depression". *Psychosomatics*. Vol. 22, n.º 2.
- Godoy, A.: "Expectativas, atribuciones y depresión". A. FIERRO: *Psicología clínica*. Pirámide. 1988, pp. 132-144.
- GOTLIB, I. H. y COLBY, C. A.: *Treatment of depression*. Pergamon. 1987.
- GOTLIB, I. H. y HAMMEN, C. L.: *Psychological Aspects of Depression*. Wiley, 1992.
- HAUCK, P. A.: "A young woman with feelings of depression". A. ELLIS: *Growth through reason*. Science and behavior books. 1971, pp. 179-222.
- HAWTON, K. y CATALÁN, J.: *Attempted Suicide*. Oxford Medical Publications. 1990.

HOLLON, S. D.: "Clinical innovations in treatment of depression: a commentary". *Adv. Behav. Res. Ther.* Vol. 6. 1984, pp. 141-151.

HOLLON, S. D. y KENDALL, P. C.: "Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire". *Cognitive therapy and research.* Vol. 4, n.º 4, pp. 383-395.

HORTON, A. M. N. (JR.) y JOHNSON, C. H.: "Rational-emotive therapy and depression: a clinical case study". *Perceptual and motor skills.* 1980, 51, pp. 853-854.

KOUKKOU, M.: "A psychophysiological information-processing model of cognitive dysfunction and cognitive treatment in depression" en PERRIS, C. y COLS.: *Cognitive psychotherapy; theory and practice.* Springer. 1989.

KENDALL, P. C. y WATSON, D.: *Anxiety and depression.* Academic. 1989.

LACKS, P.: *Tratamiento del comportamiento contra el insomnio persistente.* DDB. 1993.

LEWINSOHN, P. M.: "Programas de actividades en el tratamiento de la depresión". J. D. KRUMBOLTZ y C. E. THORENSEN: *Métodos de consejo psicológico.* DDB. 1981, pp. 106-117.

LEWINSOHN, P. M.: "The behavioral study and treatment of depression". *Progress in behavior modification.* Vol. 1. 1975, pp. 19-64.

LEWINSOHN, P. M. and cols.: "Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression". *Psychotherapy.* Vol. 17. 3. Fall. 1980, pp. 322-334.

LEWINSOHN, P. M. y CLARKE, G. N.: "Group treatment of depressed individuals: the coping



with depression course". *Adv. Behav. Res. Ther.* Vol. 6, pp. 99-114.

LEWINSOHN, P. M. and cols.: *The coping with depression course.* Castalia. 1984.

LÓPEZ DE LÉRIDA G. P.: "El síndrome depresivo: consideraciones desde el análisis de la conducta". *Análisis y modificación de conducta,* n.º 2. 1976, pp. 69-78.

LLANOVA, L. M.: "Enfoque conductual de la depresión postparto". *A. E. T. C. O.* 1986. 4/2.

MARK, J. y cols.: *The Psychological treatment of depression.* Routledge. 1992.

MATUTE, H. y cols.: "Inmunización, estímulos discriminativos negativos y déficits de ejecución de la indefensión aprendida". *A. E. T. C. O.* 1988. 6/1.

MATSON, J. L.: *Treating depression in children and adolescents.* Pergamon, 1989.

MCBRIEN, R. J.: "Coaching clients to manage depression". March 1981.

MCBRIEN, R. J.: "Managing you depression".

MCLEAN, P. D.; OGSTON, K. y GRAVER, L.: "Tratamiento comportamental de la depresión". R. Ardila: *Terapia del comportamiento.* DDB. 1980, pp. 461-472.

MENDELS, J.: *La depresión.* Herder. 1982 (1970).

MOOREY, S.: "Cognitive therapy of depression: patient factors associated with outcome". W. DRYDEN, P. TROWER: *Cognitive psychotherapy.* Cassell. 1989, pp. 73-86.

NEZU, A. M.; NEZU, C. M. y PERRI, M. G.: *Problem-solving therapy for depression.* Wiley. 1989.

NIDIFFER, F. D.: "Combining cognitive and behavioral approaches to suicidal depression: a 42-month follow-up". *Psychological Reports.* 1980, 47, pp. 539-542.

PALENZUELA, D. L.: "Una evaluación de la indefensión aprendida: crítica a la reformulación de Abramson, Seligman y Teasdale". *Análisis y modificación de conducta,* n.º 10. 1984, pp. 483-512.

PASTOR, C. y SEVILLA, J.: "Análisis funcional de conducta, un modelo

práctico de intervención". en *Información psicológica,* n.º 42. Junio 1990.

PAYKEL, E. S.: *Psicopatología de los trastornos afectivos.* Pirámide. 1985 (1982).

PIASECKI, J. y HOLLON, S. D.: "Cognitive therapy for depression: Unexplicated schemata and scripts". N. S. JACOBSON: *Psychotherapists in clinical practice.* Guilford Press. 1987, pp. 121-152.

POLAINO L., A.: "Evaluación de la depresión". FERNANDEZ Y CARROBLES: *Evaluación conductual.* Pirámide. 1981, pp. 454-488.

POLAINO L., A.: "Algunos aspectos de las terapias comportamentales y cognitivas en el tratamiento de las depresiones reactivas". J. MAYOR y F. J. LABRADOR: *Manual de modificación de conducta.* Alhambra. 1984, pp. 661-689.

POLAINO L., A.: *La depresión.* Martínez Roca. 1985.

POLAINO L., A.: *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico.* Alhambra. 1984.

REHN, L. P.: "Evaluación de la depresión". Adaptación de Trinidad Bonet.

REHN, L. P.: "Terapia de autocontrol para la depresión". *Avances en Psicología Latinoamericana.* Vol. 3. 1984, pp. 79-96.

RICHARD, J.: "Diagnóstico diferencial de la depresión". 1990.

ROBERT S. y LAMONTAGNE, Y.: "Depresión". R. LADOUER; M. A. BOUCHARD y L. GRANGER: *Principios y aplicaciones de la terapia de la conducta.* Debate. 1981, pp. 339-356.

RODRÍGUEZ, F. y cols.: "La prevención del suicidio (I): prevención primaria". *Psiquis.* 1990.

- RODRÍGUEZ, F. y cols.: "La prevención del suicidio (II): prevención secundaria y terciaria". Psiquis. 1990.
- RUSH, A. J.: "Cognitive therapy of depression: rationale, techniques and efficacy". *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 6. n.º 1. March 1983, pp. 105-127.
- RUSH, J.: *Supere la depresión*. J. Granica. 1987 (1983).
- RUSH, A. J. y SHAW, B. F.: "Failures in the treating depression by cognitive behavior therapy". E. B. FOA and P. M. G. EMMELKAMP: *Failures in behavior therapy*. Wiley & Sons. 1983. pp. 217-228.
- SEGURA and cols.: "Multimodal approach to the depression of house wives". Centro Luria.
- SELIGMAN, M. E. P.: *Indefensión*. Debate. 1983 (1975).
- SELIGMAN, M. E. P. y LIBERMAN and cols.: *Behavior therapy of depression*. 1981.
- SELIGMAN, M. E. P.; KLEIN, D. C. y MILLER, W. R.: "La depresión". H. LEITENBERG: *Modificación y terapia de conducta*. Vol. 1. Morata. 1982, pp. 235-290.
- SEVILLA, J. y PASTOR, C.: "Suicidio: estrategias de control conductual". En *Información psicológica*, n.º 47. Diciembre 1991 A.
- SEVILLA, J. y PASTOR, C.: "¿Podría ayudarme un psicólogo? Una guía hacia la psicoterapia". Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta. Ed. Llebeig, 1991 B.
- SHAW, B. F. y BECK, A. T.: "El tratamiento de la depresión con terapia cognitiva". A. ELLIS, R. GRIEGER: *Manual de terapia racional-emotiva*. DDB. 1981, pp. 325-341.
- SILVA, F.: "Evaluación de la depresión". *Evaluación conductual: aplicaciones clínicas y educativas*. Psique. 1982, pp. 215-230.
- STILES, T. C. y GOTESTAM, K. G.: "The role of cognitive vulnerability factors in the development of depression: theoretical and methodological considerations" en PERRIS, C. y cols.: *Cognitive psychotherapy; theory and practice*. Springer. 1989.
- TEASDALE, J. D.: "Psychological treatments for depression: How do they work?" *Behav. Res. Ther.* Vol. 23, n.º 2. 1985, pp. 157-165.
- TROWER, P.; CASEY, A. y DRYDEN, W.: "Depression". *Cognitive-behavioural counselling in action*. Sage. 1989, pp. 122-134.
- TROWER, P.; CASEY, A. y DRYDEN, W.: "Shame, guilt and anger". *Cognitive-behavioural counselling in action*. Sage. 1989, pp. 135-148.
- WILCOXON, L. A. y cols.: "Formulaciones conductuales de la depresión". CRAIGHEAD y cols.: *Modificación de conducta*. Omega. 1981, pp. 213-240.
- WILLIAMS, J. y MARK G.: *The psychological treatment of depression*. Croom Helm. 1986.
- WILLIAMS, J. y WELLS, J.: "Suicidal patients" en Scott, J. y cols.: *Cognitive therapy in clinical practice; an illustrative casebook*. Routledge. 1989.
- WILKES, T. C. R.: "Cognitive therapy with depressed adolescents" en PERRIS, C. y cols.: *Cognitive psychotherapy; theory and practice*. Springer. 1989.
- WOLPE, J.: "La depresión neurótica: un modelo experimental". *Análisis y modificación de conducta*, n.º Ext. 1981.
- ZEISS, A. M. y JONES, S. L.: "Behavioral treatment of depression: examining treatment failures". E. B. FOA and P. M. G. EMMELKAMP: *Failures in behavior therapy*. Wiley & Sons. 1983. pp. 197-217.
- ZIEHER, L. M. y ROJTENBER, S. L.: *Depresión y antidepresivos*. CTM. 1991.



DISTEST

DISTRIBUCIÓN DE TESTS PSICOLÓGICOS Y MATERIAL PSICOTÉCNICO: TEA Y MEPSA

Calle Bélgica, 24. 1º, 2º. • Teléfono y Fax 360 63 41 • 46021 VALENCIA

- MATERIAL PSICOTÉCNICO
- INFORMÁTICA Y AUDIOVISUALES
- Tests
- MATERIAL DIDÁCTICO
- Bibliografía
- CURSOS MONOGRÁFICOS
- APARATOS ENURESIS
- AULA Y DESPACHOS EN ALQUILER
- BIOFEEDBACK

HORARIO: Lunes a viernes, de 9'30 a 13'30 y de 16 a 20 h.