

EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA DEPRESIÓN

Miguel J. Perelló¹, Consuelo Martínez¹ y Noelia Llorens²

RESUMEN En el siguiente trabajo mostramos las diferentes terapias psicológicas eficaces y efectivas en el tratamiento de la depresión. Los estudios indican validez empírica para las terapias cognitivo-conductuales y la terapia interpersonal en el tratamiento de este trastorno emocional. Entre las terapias cognitivo-conductuales, la terapia de conducta ha sido la más validada empíricamente, convirtiéndola en el tratamiento de elección en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE Tratamientos validados empíricamente; eficacia; efectos del tratamiento; terapia cognitivo-conductual; terapia cognitiva; terapia de conducta; terapia Interpersonal.

ABSTRACT In the following work, we will try to explain the different effective, efficacy psychological therapies, in relation with depression treatment. Previous studies deal with the empirical validity for cognitive- behavioural therapies, and the interpersonal therapy in order to treat this emotional upset. Among the cognitive-behavioural therapies, the behaviour-therapy has been the most empirically tested, turning it into the most elected of the clinical practise.

INTRODUCCIÓN

Desde que la Psicología Clínica ha alcanzado el status de ciencia se hace necesaria la evaluación de las intervenciones terapéuticas. Determinar qué terapias dan resultados es de gran importancia por dos razones, la primera, incrementar la calidad de la Psicología, delimitando qué tratamientos son eficaces y para que trastornos, y la segunda, disminuir costes a nivel económico y de tiempo a los usuarios de la psicología.

Para evaluar qué tratamientos son beneficiosos hay que tener en cuenta la eficacia, la efectividad y la eficiencia de los mismos. Un tratamiento es **eficaz** si beneficia a las personas que participan en investigaciones controladas; es **efectivo** si es útil para la práctica clínica habitual y es **eficiente** cuando se obtiene mayores beneficios y menores costes que con otras terapias.

Los tratamientos se evalúan mediante la validez empírica, que hace referencia a aquellos tratamientos que han demostrado en diferentes estudios eficacia terapéutica, es decir, que a las personas que se les ha aplicado el tratamiento han respondido favorablemente. La eficacia de un tratamiento queda especificada por los diferentes efectos que produce ese tratamiento. Ver tabla 1.

Tabla 1: Eficacia del tratamiento (Marks y O'Sullivan, 1992).

COMPONENTES DE LA EFICACIA (EFECTOS)	SIGNIFICADO
Especificidad	¿Qué síntomas mejoran?
Intensidad	¿Cuánto mejoran los síntomas?
Plazo	¿Cuánto tarda en comenzar la mejora?
Duración a corto plazo	¿Dura el efecto terapéutico mientras el tratamiento se mantiene?
Duración a largo plazo	¿Continúa el efecto tras la interrupción del tratamiento?
Costes	Rechazos, efectos secundarios y abandonos
Interacciones	¿Cómo interactúa con otros tratamientos?
Balance	¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes en relación con otros tratamientos disponibles?

¹Miembros de la sección de Terapia de Conducta y Psicólogos del "Centro de Aplicaciones Psicológicas".

E-mail: cmvcapsi@correo.cop.es

²Licenciada en Psicología

Tabla 2: Criterios para los tratamientos empíricamente validados (Chambless et al., 1998)

Tratamientos bien establecidos:

- I. Al menos dos buenos diseños experimentales entre grupos demostrando la eficacia en una o más de las siguientes maneras:
 - A. Superior (estadísticamente significativo) a fármaco o placebo psicológico o a otro tratamiento.
 - B. Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos con un tamaño de muestra adecuado.
 - o
 - II. Una serie de diseños experimentales de casos únicos (n= o mayor a 9) demostrando eficacia. Estos experimentos deberán:
 - A. Usar buenos diseños experimentales, y
 - B. Comparar la intervención con otro tratamiento como en IA.
- Criterios adicionales tanto para I como para II:
- III. Los experimentos serán realizados con manuales de tratamiento.
 - IV. Las características de las muestras de pacientes deberán estar claramente especificadas.
 - V. Los efectos deberán ser demostrados por, al menos, dos investigadores distintos o dos equipos de investigación diferentes.

Tratamientos probablemente eficaces:

- I. Dos experimentos mostrando que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) a un grupo de control de lista de espera,
- o
- II. Uno o más experimentos cumpliendo los criterios de tratamiento bien establecidos IA o IB, III, y IV, pero no V.
- III. Una pequeña serie de diseños experimentales de casos únicos (n= o mayor a 3) que también cumplen los criterios de los tratamientos bien establecidos II, III y IV.

La División 12 de la American Psychological Association formó la Comisión (Task Force) sobre promoción y difusión de los procedimientos psicológicos en 1993, con el objetivo de evaluar qué tratamientos psicológicos eran efectivos y así poderlos difundir. Esta comisión formada por las diferentes escuelas de psicoterapia (psicodinámica, cognitivo-conductual e interpersonal), propuso el cumplimiento de unos criterios para aceptar un tratamiento como eficaz. Ver tabla 2.

Tratamientos validados empíricamente para la depresión

Actualmente contamos con numerosos estudios que comparan diferentes tratamientos psicológicos, algunos de ellos han utilizado el meta-análisis, método por el cual se puede cuantificar los resultados de un conjunto de estudios científicos.

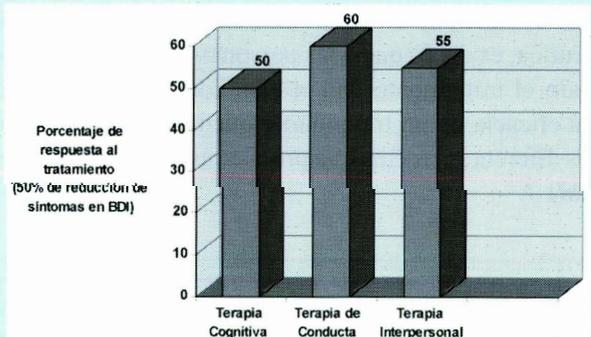
Creemos importante resaltar algunos de estos estudios que muestran datos decisivos sobre qué terapias son eficaces para el trastorno que nos ocupa.

El meta-análisis de Dobson (1989); las revisiones realizadas por Jarret y Rush (1994) y posteriormente la llevada a cabo por Craighead, Craighead e Ilardi

(1998) han demostrado la eficacia de la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la terapia interpersonal. El USDHHS,1993,b (U.S. Department of Health and Human Services), realizó una revisión de estudios sobre la depresión, y encontraron que, entre el 60 y el 50 % de los sujetos que recibieron terapia cognitiva, conductual o interpersonal redujeron en al menos el 50% los síntomas depresivos (según BDI). Ver gráfico 1.

Otro meta-análisis que consideramos importante es el de Gloaguen, V. Cottraux, J. Cucherat, M. Blackburn, I.M (1998) que incluía 78 estudios realizados entre

Gráfica 1: Comparación de la eficacia de la terapia cognitiva, conductual e interpersonal.



1977 y 1996, con 48 condiciones experimentales altamente controladas y con un total de 2765 sujetos que presentaban distimia de grado medio de severidad, sin psicosis ni trastorno bipolar. Las conclusiones fueron las siguientes:

- a) La terapia cognitiva es superior a las condiciones de control: lista de espera o placebo
- b) La terapia cognitiva es una alternativa viable a los antidepresivos, apareciendo la terapia cognitiva significativamente superior a los antidepresivos.
- c) La terapia cognitiva es igual de efectiva que la terapia de conducta. Dobson (1989) encontró superior la terapia cognitiva a la terapia de conducta pero en el meta-análisis sólo incluía 9 estudios, en los que la terapia cognitiva y la terapia de conducta compartían características comunes:
 - Tareas para casa, incrementando el nivel de actividad de los sujetos.
 - Los terapeutas cognitivos utilizaban técnicas conductuales: (habilidades sociales y plan de actividades).
 - Los terapeutas de conducta utilizaban también técnicas de reestructuración cognitiva.
- d) La terapia cognitiva es superior a otras terapias que no incluían fuertes componentes cognitivos y comportamentales. Resultados similares se obtuvieron en los meta-análisis de Dobson (1989); Svartetberg y Stiles (1991) quienes encontraron que las terapias cognitivo-conductuales eran superiores que las terapias psicodinámicas. El meta-análisis de Crits-Cristoph (1992) halló que la terapia cognitiva y la

psicodinámica eran equivalentes, pero en la muestra también se incluían sujetos sin depresión.

- e) La terapia cognitiva ha demostrado tener mejores y mayores efectos profilácticos (previene las recaídas) que los antidepresivos en seguimientos de 1 a 2 años.

En el informe publicado por La División 12 del APA, en su última revisión efectuada por Chambless *et al.* (1998) se establecen los tratamientos validados empíricamente para la depresión (ver tabla 3).

Uno de los problemas con los que nos encontramos a la hora de evaluar los tratamientos psicológicos en situación experimental es determinar qué factores explican la mejoría de los sujetos. En la revisión de estudios sobre depresión, realizada por el USDHHS, (1993,b) encontraron que:

- a) entre el 15% y 20% de las mejorías eran debidas a **remisiones espontáneas** (algunos síntomas pueden mejorar con el paso del tiempo).
- b) El restante 80% de las mejorías pueden ser atribuidas tanto a los **efectos específicos** del tratamiento como a los **no específicos**:

- **Efectos no específicos del tratamiento:** Hollon (1984) evaluó, mediante grabaciones, los tratamientos efectuados en el estudio NIMH (National Institute of Mental Health) y encontró los siguientes efectos no específicos del tratamiento: antecedentes psiquiátricos; profesionalidad del terapeuta; informar sobre los síntomas; animar; transmitir experiencia; calidez; dar expectativas de éxito; empatía; escucha activa; mostrar interés; ser genuino; entablar una buena relación con el cliente; entender el significado personal que da el cliente a sus problemas. La mayoría de estos efectos hacen referencia a las habilidades sociales del terapeuta con los clientes y las mejorías atribuibles a estos factores son del orden del 40%. Por lo tanto, la relación terapeuta-cliente puede explicar en muchos casos la mejoría de los sujetos a los que se aplica un tratamiento.

- **Efectos específicos del tratamiento:** los ingredientes activos de cada escuela de terapia están apoyados por los modelos teóricos que intentan explicar las causas y los mecanismos de mantenimiento de la depresión. Estos modelos determinarán los cambios que se deberán conseguir para que la persona depresiva mejore.

Tabla 3: Tratamientos empíricamente validados para la Depresión (División 12 APA) (Chambless et al., 1998).

Tratamientos bien establecidos:
1. Terapia de Conducta para la depresión. 2. Terapia Cognitiva para la depresión. 3. Terapia Interpersonal para la depresión.
Evidencia de tratamientos probablemente eficaces:
1. Terapia dinámica breve. 2. Terapia cognitiva para pacientes geriátricos. 3. Terapia de reminiscencia para pacientes geriátricos. 4. Terapia de solución de problemas.

Modelos teóricos

Vamos a ver los modelos teóricos en los que se sustentan las terapias validadas empíricamente.

Teorías Conductuales:

Según el modelo conductual, la depresión vendría dada por una serie de factores de vulnerabilidad, entre los que destacan el tipo de creencias, el estilo de vida, las habilidades sociales y de resolución de problemas. Este modelo sugiere que la depresión es un fenómeno aprendido, caracterizado por una serie de pensamientos, emociones y conductas.

Dentro de las teorías conductuales podemos encontrar varios modelos teóricos explicativos de la depresión que son complementarios y no excluyentes entre sí:

1.- Disminución de refuerzo positivo o Baja tasa de refuerzo: entiende la depresión como el debilitamiento de la conducta producido por la pérdida de reforzadores (Skinner, 1953). Lewinsohn (1981) postula que la baja tasa de reforzadores en diferentes áreas significativas de las personas y/o un alto número de experiencias aversivas pueden inducir estados disfóricos. Hay tres factores que explican la baja tasa de reforzadores que llevarían a la depresión:

- a) Déficits en el repertorio conductual o de habilidades que impiden lograr refuerzo positivo.
- b) Pérdidas de reforzadores del medio del individuo, o aumento de las experiencias aversivas.
- c) Decrecimiento de la capacidad del individuo para disfrutar de las experiencias agradables o positivas, o el incremento de la percepción de las experiencias negativas por parte del sujeto

2.- Falta de habilidades cognitivas o conductuales: los modelos de entrenamiento en autocontrol de Rehm (1977) y entrenamiento en resolución de problemas de Nezu y Nezu (1989), se basan en el déficit de estrategias de afrontamiento de los depresivos. El entrenamiento en autocontrol postula que en las personas depresivas se da un desequilibrio entre recompensa y castigo. Los individuos depresivos son perfeccionistas, se centran en aspectos negativos de su entorno, tienen pocas habilidades para obtener refuerzo, tanto del ambiente como de ellos mismos, y tienen una tendencia a autocastigarse y culpabilizarse. El entrena-

miento de resolución de problemas se centra en la falta de habilidad para tomar decisiones.

Las técnicas específicas que se desprenden de las teorías conductuales son:

- 1) Entrenamiento en relajación
- 2) Plan de actividades agradables
- 3) Reestructuración cognitiva
- 4) Entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas
- 5) Tareas para casa
- 6) Desarrollo de un plan de vida

Teorías Cognitivas:

La Terapia Cognitiva se basa principalmente en el modelo de depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979), según el cual la depresión se debe en gran medida a las interpretaciones erróneas de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Las experiencias vividas provocan aprendizajes de creencias y esquemas que ante determinados eventos se activarán provocando pensamientos automáticos negativos que tendrán consecuencias emocionales y comportamentales depresivas. Las creencias y pensamientos depresógenos explicarían el mantenimiento de la depresión.

Esta teoría considera que hay cuatro elementos cognitivos que explicarían la depresión:

1. La triada cognitiva de Beck: visión negativa que tiene el individuo depresivo sobre sí mismo, el mundo y el futuro.
2. Los pensamientos negativos automáticos son los pensamientos que desencadenan los estados emocionales negativos de la depresión (tristeza, culpa, etc.). Estos pensamientos son automáticos, repetitivos, involuntarios e incontrolables, produciendo en muchos casos rumiaciones. El sujeto no se da cuenta de que están ocurriendo y la aparición está conectada automáticamente a determinadas situaciones tanto ambientales como internas del sujeto.
3. Errores en la percepción y en el procesamiento de la información externa que recibimos.
4. Disfunción en los esquemas: los esquemas son creencias de base que se utilizan para procesar la infor-

mación y son producto del aprendizaje (experiencias vividas y de la educación).

Las técnicas utilizadas según esta teoría son:

- 1) Pensamiento racional
- 2) Identificación y registro de errores de pensamientos
- 3) Cambiar pensamientos
- 4) Plan de actividades agradables
- 5) Colaboración: papel activo del cliente
- 6) Tareas para casa
- 7) Estructuración de la terapia

Teorías Interpersonales

La teoría interpersonal no se centra en las posibles causas de la depresión pero sugieren que las relaciones interpersonales del sujeto juegan un papel importante en el origen y mantenimiento de la misma. Postula que la depresión es debida al estrés causado por las relaciones sociales del cliente. Este estrés es debido a los diferentes roles sociales que se desempeñan y a los problemas en las relaciones sociales. Se centra en las penas no resueltas, disputas interpersonales, roles de transición y déficits interpersonales. Tiene como objetivo identificar y solucionar los problemas del sujeto en sus relaciones interpersonales, dotando de competencias al sujeto para desenvolverse en el contexto psicosocial (objetivo similar al de la técnica de entrenamiento en habilidades sociales de la Terapia de Conducta).

Una de las teorías en la que se sustenta es la de Meyer (1957), quien valora los trastornos mentales como un intento fallido de adaptarse al ambiente y enfatiza la relación entre factores biológicos y psicosociales de la psicopatología.

El máximo representante de la escuela de Terapia Interpersonal es Sullivan (1953), defiende el aspecto psicosocial como causante de los trastornos. Las teorías del apego (Bowlby, 1969) y el vínculo psicosocial inciden en que las pérdidas tempranas tienden a desencadenar posteriores depresiones.

Para la terapia interpersonal la depresión tiene tres factores: síntomas, relaciones sociales e interpersonales y personalidad, centrándose en el alivio de los síntomas depresivos y en el afrontamiento de las dificultades sociales e interpersonales, y dejando fuera la personalidad, lo que la convierte en una terapia breve

Las técnicas específicas que utiliza esta teoría son:

- 1) Exploración de los roles y relaciones sociales: evaluación de síntomas y problemas, que puede ser de forma directiva o no
- 2) Influir en el afecto: el cliente tiene que reconocer, aceptar y manejar las emociones negativas que le causan dolor
- 3) Clarificar: que se de cuenta de su comunicación
- 4) Análisis comunicacional: identificar pautas de comunicación no adaptativas
- 5) Utilización de la relación terapéutica: utilizar la relación terapéutica como modelo de otras interacciones sociales del individuo.
- 6) Técnicas de cambio de comportamiento: resolución de problemas simples de la vida del cliente.

Variables comunes entre Terapia cognitiva, conductual e interpersonal

Las características comunes entre estos modelos de tratamientos son:

1. Trabajo en equipo entre terapeuta y cliente.
2. Focalizar el problema del cliente en el presente y en el futuro y no en el pasado.
3. El terapeuta asume un papel activo y no pasivo.
4. Planificación y estructuración de la terapia: los tres modelos se marcan objetivos en el tratamiento, abordándolos de una forma estructurada y planificada.
5. Protocolos de tratamiento estandarizados: los tres modelos tienen manuales estandarizados de la terapia.
6. Desarrollo de competencias personales del cliente: son programas de aprendizaje donde el cliente adquiere habilidades de competencia sociales, cognitivas y comportamentales.
7. Tiempo limitado del tratamiento: la duración de éstas va de 12 a 16 sesiones, por lo tanto son terapias de corta duración
8. Evaluación continua (la Terapia Interpersonal no): la Terapia Cognitiva y la Terapia de Conducta evalúan de forma continua y objetiva los progresos y dificultades del cliente, las tareas para casa, las hipótesis formuladas en la fase de evaluación y las respuestas a los experimentos conductuales. Todo

ello se le muestra al cliente y se van realizando ajustes en el tratamiento.

9. Tareas para casa (la Terapia Interpersonal no): la realización de tareas para casa permite la generalización de los aprendizajes realizados por el cliente.

Conclusiones

Parece claro que la conducta de las personas depresivas se compone de respuesta cognitiva, respuesta fisiológica y respuesta motora características.

La respuesta cognitiva de los depresivos se distingue por pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre el futuro, el mundo y las personas (Triada cognitiva); pensamientos de suicidio; y déficits en la toma de decisiones. La respuesta fisiológica por problemas de sueño, ansiedad, aumento o disminución del apetito, cansancio, etc.. Y la respuesta motora por la inhibición de la conducta (inercia), llanto y suicidio.

Los tres tipos de terapia introducen ingredientes activos en el tratamiento promoviendo cambios en la conducta depresiva. La terapia cognitiva (que es una terapia cognitivo-conductual) promueve cambios en las respuestas cognitivas; la terapia de conducta se centra en la modificación de todas las respuestas; y la terapia interpersonal promueve cambios en las relaciones sociales del sujeto.

La terapia interpersonal no es terapia de conducta, ni cognitiva, ni psicoanálisis, aunque si se sirve de algunos de los conceptos de éstas como el entrenamiento de habilidades sociales y de resolución de problemas de la terapia de conducta.

La terapia de conducta no descuida ninguno de los componentes de la depresión por lo que la convierte en la terapia de elección para el trastorno depresivo. El psicólogo clínico que quiera hacer una práctica eficiente, es decir, de calidad y de menor coste, dispone de la terapia de conducta para el tratamiento de la depresión, ya que reúne hipótesis explicativas y técnicas con base empírica, utiliza ingredientes activos que cambian la conducta del individuo mediante el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, el cliente tiene un papel activo y es dirigido por el terapeuta en la realización de las tareas y en el curso de la terapia, estableciendo metas y solucionando las dificultades en la consecución de las mismas, todo ello en un ambiente abier-

Tabla 4: Técnicas más utilizadas en el tratamiento conductual de la depresión (Sevillá y Pastor, 1990)

TÉCNICAS DE MANEJO DE CONDUCTAS SUICIDAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Control de Estímulos • Elicitar "Razones para vivir" • Contratos • Chantajes afectivos • Parada de pensamientos y autoinstrucciones • Técnicas distractoras • Terapia Cognitiva • Aumentar número y frecuencia de sesiones • Llamadas telefónicas • Inoculación del estrés • Proyección temporal con refuerzo positivo • Empatía y aceptación incondicional del terapeuta • Actividades incompatibles con conductas suicidas • Dar información adecuada y crear expectativas de éxito
PROGRAMA DE ACTIVIDADES AGRADABLES
TÉCNICAS DE CONTROL DE INSOMNIO:
<ul style="list-style-type: none"> • Control de estímulos • Relajación muscular profunda • Desensibilización sistemática • Intención paradójica
TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES
RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS
ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD:
<ul style="list-style-type: none"> • Según Análisis Funcional elegir técnica más adecuada: Desensibilización sistemática, Exposición, etc.
TÉCNICAS OPERANTES:
<ul style="list-style-type: none"> • Extinción de conductas depresivas • Refuerzo social de conductas adaptativas • Contratos • Utilización de principios de Premack • Técnicas de autocontrol
ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DIVERSAS:
<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de pareja • Terapia familiar • Terapia sexual • Habilidades de estudio • Obesidad • Adicciones
MEJORA DEL MEDIO DEL CLIENTE

to y de colaboración. Un modelo de tratamiento conductual sería el más eficiente en el tratamiento de la depresión y las técnicas (Ver tabla 4) que aplica están

corroboradas a nivel científico y las mejorías que alcanzan los clientes tienen efectos a largo plazo con un menor número de recaídas. El tratamiento de la depresión se tendría que adecuar a las necesidades del cliente y siempre dependiendo del Análisis Funcional de la conducta problema (Pastor y Sevillá, 1990), que nos indicaría que respuestas están manteniendo la depresión y dirigir la intervención a modificarlas.

Referencias Bibliográficas

- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York, Guildford Press. (trd. cast.: *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, Dexlee Brouwer, 1986)
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Londres, Hogarth
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-18.
- Craighead, W.E.; Craighead, W.L. e Ilardi, S. (1998). Psychosocial treatments for major depressive disorder. En P.E Nathan y J.M. Gorman (dirs.), *A guide to treatments that work* (pp. 226-239). Nueva York: Oxford University Press, Inc.
- Crist-Cristoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., Blackburn, I.M. (1998). A meta-analysis of effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Effective Disorder*, 49, 59-72.
- Hollon, S.D. (1984). *System for rating psychotherapy audotapes*. Rockville, MD: U.S Department of Commerce, National Technical Information Service.
- Jarret, R.B. y Rush, A.J. (1994) Short-term psychotherapy of depressive disorders: Current status and future directions. *Psychiatry*, 57, 115-133.
- Lewinsohn, P.M. (1981). Programas de actividades en el tratamiento de la depresión. (pp. 101-117) J.D. Krumboltz y C.E. Thorensen. *Métodos de Consejo Psicológico*. Madrid. DDB
- Marks, I.M. y O'Sullivan, G. (1992). Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia, pánico y el trastorno obsesivo. En E. Echeburua (Ed.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad* (pp. 97-114). Madrid. Pirámide.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Spring-field, Illinois: Charles C. Thomas.
- Nezu, A.M, Nezu, C.M. y Perri, M.G. (1998). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley
- Pastor, C. y Sevilla, J. (1990) Análisis Funcional de conducta, un modelo práctico de intervención. *Información Psicológica*, nº 42. Junio
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Sevilla, J. y Pastor, C. (1994). Depresión: Psicología de la pérdida. Un modelo de explicación e intervención para el clínico. *Información Psicológica* nº 54. Abril.
- Sevilla, J. y Pastor, C. (1991). Suicidio: estrategias de control conductual. *Información Psicológica* nº 47. Diciembre.
- Sevilla, J. y Pastor, C. (1996). *Tratamiento Psicológico de la Depresión. Un manual de autoayuda paso a paso*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta. Valencia.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York.: Norton
- Svartberg, M.; Stiles, T.C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
- U.S Department of Health Human Services. (1993b). *Depression in primary care: Vol. 2. Treatment of major depression*. (AHCPR pub. No 93-0551). Rockville, MD: autor.