

9. INTERVENCIÓN EN DEPRESIÓN: ESTRATEGIAS DE ACTUACIÓN Y EFECTIVIDAD COMPARADA DE TRATAMIENTOS

Carmelo Vázquez

Quizás el título de esta presentación es excesivamente sintético. Por un lado, no hay sólo un tipo de "intervención". Existen multitud de aproximaciones al tratamiento de la depresión, tanto desde un punto de vista farmacológico como psicoterapéutico, si bien es verdad que, en el ámbito de la investigación sólo se ha verificado la eficacia diferencial de una escasa selección de tratamientos (conductual, interpersonal, y cognitivo).

Por otro lado, el concepto de "depresión" es excesivamente ambiguo. Por depresión entendemos no sólo un cuadro clínico razonablemente delimitado por un conjunto de síntomas tal y como parece, por ejemplo, en los sistema de clasificación al uso (DSM-IV, APA, 1994), sino que también entendemos la aparición de un estado de ánimo abatido, triste, que no se acompaña necesariamente del amplio conjunto de síntomas adicionales que define un trastorno depresivo (ej.: "depresión mayor"). Además, hay diferentes tipos de depresión, no sólo por el tipo de síntomas que aparecen, sino también por los factores causales intervinientes (aunque clasificaciones como el DSM-IV no reconozcan este hecho por falta aún de datos inequívocos). Por ejemplo, algunos autores han señalado que quizás en el futuro podríamos hablar de "depresión por desesperanza" cuando el factor causal fundamental de un cuadro depresivo dado pueda determinarse que es la falta de esperanza (ver Vázquez y Sanz, 1995).

INTRODUCCIÓN

A veces se ha sugerido que a la «época de la angustia» de los años 50 y los 60 le ha sucedido sociológicamente en los años 80 la «época de la depresión». De hecho, Klerman (1987) ha sugerido que vivimos en la Era de la Melancolía. A expresiones verbales como tener "angustia

vital" o "una crisis existencial", que flotaban en la atmósfera intelectual y social de hace décadas le han sucedido otras no menos populares como "estar deprimido".

¿A cuántas personas afecta en realidad la depresión?

Como suele ser norma en nuestro país, no disponemos de datos epidemiológicos fiables globales⁴. Ahora bien, si nuestros hábitos cotidianos y modos de reacción son semejantes a los países de nuestro entorno cultural, podríamos afirmar que entre un 3% y un 13% de la población española manifiesta en estos momentos un trastorno del estado de ánimo y entre un 15% y un 55% mostrará un trastorno en el transcurso de su vida. Por otro lado, aproximadamente un 20% de la población presenta actualmente síntomas depresivos⁵, lo que supondría que, sobre una población española de 40 millones de habitantes, unos 6-8 millones de personas van a sufrir algún trastorno depresivo clínico en el transcurso de su período vital.

La etiqueta de "depresión" es además el diagnóstico más común en la práctica clínica psicopatológica (Goodwin y Guze, 1989). Asimismo, los síntomas depresivos son extraordinariamente frecuentes en las

4. Según la denominada «Teoría de la caricatura», por ejemplo, el incremento de los trastornos de ansiedad y la depresión en las sociedades occidentales no es sino la expresión "caricaturizada" y exagerada de lo que muestra sociedad -hiperexigente, ansiógena, y estresante- exige de modo cotidiano a sus miembros (Butcher & Bemis, 1984). Desgraciadamente, para responder a este tipo de interesantes formulaciones antropológicas y sociales se requieren más datos empíricos y más investigaciones de las existentes hasta la actualidad" (Vázquez, 1990).

5. Con los datos aproximativos procedentes del uso de instrumentos genéricos de screening, como el Goldberg Health Questionnaire (GHQ), se podría afirmar que aproximadamente un 5% de la población general pudiera estar clínicamente deprimida (véase González de Rivera et al., 1993).

6. Las cifras de prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor son prácticamente el doble en las mujeres que en los hombres en la mayor parte de los estudios realizados, incluso en culturas muy diversas (ver Smith y Weissman, 1991), lo que parece ser una diferencia real y no el simple resultado de artefactos estadísticos o de la hipótesis, no confirmada empíricamente, de que las mujeres se quejan más o que busquen más ayuda que los hombres (Amenson y Lewisohn, 1981)

consultas de atención primaria y suponen un gasto social y económico extraordinario (Goldberg y Huxley, 1992)

No obstante, hay una cierta discrepancia en los resultados de diferentes estudios epidemiológicos, resultante de las dificultades intrínsecas de la propia definición de los trastornos, el tipo de instrumentos utilizados, las muestras seleccionadas, etc. lo que puede ocasionar serios sesgos en los resultados obtenidos en el ámbito de la depresión (véase Vázquez y Sanz, 1995) o en el de cualquier otro problema humano⁷

Cambios seculares

¿Estamos efectivamente una época en la que abunde la depresión? La respuesta necesita una cierta matización. Aunque las tasas de depresión para la población general parecen bastante estables a lo largo de las últimas décadas, es posible que, especialmente en algunos grupos, la depresión esté efectivamente en ascenso. Por ejemplo, en un conocido estudio que se ha venido efectuando en el pueblo sueco de Lundby desde 1947 (ver, por ejemplo, Burke y Regier, 1989), se ha demostrado que la tasa de depresión en los jóvenes entre 20 y 39 años de edad evaluados en el periodo 1957-1972 es de hasta 10 veces mayor que la tasa de los jóvenes que también tenían entre 20 y 39 años cuando fueron evaluados en el periodo 1947-1957. Por otro lado, los datos de estudios recientes indican que la depresión -y también otros problemas como abuso de sustancias y suicidio- es un fenómeno creciente en los grupos más jóvenes (aquellos nacidos entre 1960 y 1975) y, en especial, en los varones. Aunque las mujeres presentan aún tasas de depresión más altas que los varones, las diferencias se van acortando en las generaciones más jóvenes debido más un crecimiento de la depresión masculina que a una disminución de la femenina (Klerman y Weissman, 1989; Smith y Weissman, 1991). No obstante, la confirmación de estas cifras en ascenso requerirá un análisis de series de datos con un intervalo temporal mayor. De hecho, contrariamente a lo que

7. Para una discusión semejante en el ámbito de la definición y medida de problemas de salud mental en el ámbito de las personas sin hogar (los denominados homeless), puede verse Muñoz, Vázquez, y Cruzado (1995).

comúnmente se piensa el riesgo más elevado de padecer un episodio depresivo mayor se observa en los jóvenes adultos (25-44 años); datos de ámbitos geográficos y culturales muy diversos consistentemente indican que a partir de esta edad el riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor disminuye tanto en mujeres como en hombres (véase Vázquez y Lozoya, 1994).

Curso de la depresión

Estos datos epidemiológicos son aún más preocupantes por las altas cifras de recaídas. Datos recientes indican que el pronóstico de estos pacientes es más sombrío de lo que se creía hasta ahora. En los EE.UU., el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 1985) ha señalado que proximadamente el 25% de los unipolares hospitalizados recae a los 6 meses, y un 35% recae al cabo del primer año (Beisher & Costello, 1988; el 50% presentarán un nuevo episodio antes de 2 años a partir de su recuperación. Una vez transcurrido este periodo, el riesgo es progresivamente menor⁸. De hecho, el riesgo de recaída de un año a otro se va reduciendo en un tercio o en la mitad, según los estudios. Así pues, cuanto más tiempo permanezca bien un paciente mayor es la probabilidad de que no vuelva a recaer.

Todos estos datos ponen de manifiesto la necesidad de averiguar claramente los factores de vulnerabilidad a la recaída y la recurrencia (véase la Tabla 1). Entre estos factores se encuentran no sólo la cronicidad (en un nivel sindrómico de episodio o distímico) y el número de episodios previos, sino también factores como la comorbilidad o coexistencia de la depresión con otros trastornos médicos y psicológicos, y la respuesta al tratamiento durante los episodios agudos. Pero cada vez con más intensidad aparecen estudios demostrando el fuerte impacto potencial de la presencia de estresores (crónicos o agudos), apoyo social, y factores cognitivos. Por el contrario, factores que no parecen influir son el sexo o el estado civil.

8. No obstante, aproximadamente entre un 50 y un 85% de las personas que buscan tratamiento en clínicas universitarias presentarán al menos otro episodio depresivo en el curso de su vida (Vázquez y Sanz, 1991, 1995).

- 1) Trastorno bipolar
- 2) Distimia
- 3) Depresión doble (distimia + depresión mayor)
- 4) Antecedentes de cronicidad previa.
- 5) Número de episodios previos.
- 6) Gravedad del episodio inicial.
- 7) Mala respuesta al tratamiento agudo.
- 8) Comienzo tardío del primer episodio.
- 9) Mayor edad.
- 10) Pocas semanas o meses desde el último episodio.
- 11) Presencia de estresores psicosociales crónicos
- 12) Presencia de distorsiones cognitivas no tratados.

Tabla 1. Factores que incrementan la probabilidad de la recurrencia y/o recaídas en la depresión (basado en Hirschfeld y Goodwin, 1989; Thase, 1990; Angst, 1992; Greden, 1992; Keller y Wunder, 1992) (Adaptado de Vázquez y Sanz, 1995).

Todas estas cifras responden al curso general de estos trastornos. Evidentemente determinados tipos de intervenciones (psicológicas y/o farmacológicas) y estrategias de tratamiento (ej.: terapias de mantenimiento) pueden modificar sustancialmente este panorama. De hecho, cuando los pacientes son sometidos a tratamientos psicológicos y/o farmacológicos sostenidos de mantenimiento, las recaídas pueden disminuir sensiblemente y sobre el papel de las intervenciones

psicológicas a este aspecto comentaré algo más adelante⁹.

Modelos y causas

Existe una enorme variedad de modelos explicativos de la depresión aunque sin ninguna duda son los modelos cognitivos los que han pasado a liderar la atmósfera intelectual en Psicología desde hace prácticamente 20 años (véase una completa revisión en Vázquez y Sanz, 1991, 1995). En realidad, sólo entre un 8-18% de las depresiones parecen atribuibles a condiciones médicas; por otro lado, las investigaciones genéticas existente se puede concluir que, a lo sumo, el 15% de la varianza puede atribuirse a factores de esta naturaleza (Antoniucci et al., 1995). Parece bastante claro, no sólo por exclusión, sino por la existencia de multitud de estudios confirmatorios, que la mejor aproximación para entender la depresión son los modelos de diátesis cognitiva-estrés (Monroe y Simons, 1991; Vázquez y Sanz, 1995).

Sin embargo, por diversos motivos (véase Muñoz et al., 1994, y Antonuccio et al., 1995) ha habido muy poca permeabilidad en el entorno médico a este modo de entender los trastornos del estado de ánimo, de modo que desde la atención primaria, el tratamiento convencional siguen siendo los psicofármacos. La amplificación de esta aproximación a través de los medios de comunicación y a través del cuerpo médico o instituciones sanitarias (véase el excelente trabajo de Muñoz et al., 1994) está contribuyendo a este modo de hacer. A continuación revisaré a evidencia sobre la efectividad diferencial de los tratamientos antidepresivos.

LAS INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Las terapias cognitivo-conductuales han ocupado de un modo muy

9. Además del tratamiento, otros factores pueden modular la probabilidad de recaída. Mientras que variables como el sexo o el estado civil no afectan significativamente dicha probabilidad, las recaídas aparecen con más frecuencia cuantos más elementos estresantes, menos apoyo social, y más episodios depresivos anteriores tenga el paciente (Lewinsohn et al., 1988; Belsher & Costello, 1988).

rápido, en los últimos años, un lugar de privilegio en el ámbito del tratamiento de la depresión. En este trabajo efectuaré una sucinta presentación de los componentes básicos de estas terapias y una discusión sobre su eficacia diferencial respecto a otras modalidades terapéuticas, psicológicas o no.

Conviene advertir que bajo el rótulo de "terapias cognitivas" existe una gran diversidad de modalidades terapéuticas que en ocasiones no tienen muchos puntos de contacto entre sí. En general, todas las terapias se pueden ordenar de acuerdo a un continuo: desde aquellas que acentúan más el papel de sucesos externos, el cambio de conductas (por ejemplo, el entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum o el condicionamiento encubierto de Cautela) a aquellas otras que tienen su centro de atención en sucesos internos (cognitivos y emocionales) y un cambio epistémico o de construcción de la realidad (el psicoanálisis sería el caso más extremo dentro de este continuo) - véase la Figura 1. Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) ocupan una posición intermedia dentro de este continuo al integrar métodos cognitivo-verbales y conductuales terapéuticos.

Las terapias cognitivas de la depresión parten del supuesto teórico de que una parte sustancial de la depresión es una visión negativa y pesimista sobre la realidad. El punto diferenciador de estos modelos etiológicos es que estas cogniciones no son un producto residual de la depresión sino que por el contrario juegan un papel importante determinante en el inicio, desarrollo, y mantenimiento de estos trastornos. Quizás el modelo más representativo de estas cadenas causales cognitivas sea el propuesto por Beck aunque también se podrían señalar otros (en algunos casos, como en el modelo de la "indefensión aprendida" o de la "desesperanza" surgidos inicialmente de la experimentación animal).

En general, los objetivos de las Terapias Cognitivas se pueden reducir a tres:

1. Enseñar al paciente a tomar conciencia sobre la visión negativa, sesgada, distorsionada y distorsionante del mundo y de sus

propias circunstancias.

2. Enseñar a evaluar y corregir esa visión.

FOCO EN SUCESOS EXTERNOS,
CAMBIO CONDUCTUAL,
Y ASOCIACIONISMO

Intervención en depresión
 Condicionamiento clásico
 Condicionamiento operante
 Desensibilización sistemática
 Condicionamiento encubierto
 Entrenamiento en auto-instrucciones (Meichenbaum, 1977)
 Terapias de Resolución de Problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971;
 Nezu y Nezu, 1989)
 Terapia de autocontrol
 Entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum, 1977)
 Ciencia personal (Mahoney, 1974)
 Terapia en Conducta Racional (Maultsby, 1984)
 Terapia Racional-Emotiva (Ellis, 1962)

TERAPIA COGNITIVA de BECK (Beck et al., 1983)

Terapia Interpersonal (Klerman et al., 1984)
 Terapia Cognitiva estructural (Guidano y Liotti, 1983)
 Teoría de relaciones objetales (Psicoanálisis)
 Terapia Cognitiva Evolutiva (Mahoney, 1980, 1985, 1987)
 Terapia Cognitivo-experiencial (Weiner, 1985)
 Psicoanálisis clásico

FOCO EN SUCESOS INTERNOS
(COGNITIVOS/EMOCIONALES,
CAMBIO EPISTÉMICO/CONCEPTUAL,
CONSTRUCTIVISMO)

Figura 1. Marco general de la situación relativa de las terapias en términos de su énfasis en procesos internos o externos.

3. Enseñar a corregir supuestos implícitos (que normalmente sólo son accesibles a través de inferencias).

Para lograr estos objetivos, la Terapia cognitivo-conductual de Beck (TCC) - Beck et al., 1983-, al igual que otras terapias cognitivo-conductuales (véase Tabla 2), se sirve de un marco estándar que incluye una serie de características básicas:

1) Se apoya en un modelo etiológico bien definido que está razonablemente apoyado por datos empíricos (véase una amplia revisión en Vázquez y Sanz, 1991 y Sanz y Vázquez, 1991, 1995). En un análisis retrospectivo de la terapia cognitiva, Beck (1991) ha indicado que un buen sistema terapéutico ha de basarse en un sólido esquema teórico explicativo del trastorno que desea tratar y este es, en efecto, el caso de la terapia cognitiva de Beck. El modelo de Beck parte del supuesto teórico de que un aspecto consustancial de muchas depresiones unipolares no psicóticas es una visión negativa y pesimista sobre la realidad¹⁰.

El modelo cognitivo de Beck es un modelo de diátesis-estrés (Vázquez y Sanz, 1995). Lo que se plantea como diátesis específica son disfunciones cognitivas que hacen referencia o bien a ideas de logro (e.g., "Para ser feliz necesito hacerlo todo bien") o bien a ideas interpersonales (e.g., "Para ser feliz necesito que todos me aprecien"). Este tipo de actitudes absolutista, extremas, tiránicas, llevaría a una serie de errores en el procesamiento de la información (e.g., culpabilización sistemática, visión dicotómica de la realidad, etc.) que se reflejan finalmente en una serie de pensamientos o imágenes automáticas que caracterizan la ideación del deprimido. Mientras que estos pensamientos son explícitos y manifiestos, las disfunciones cognitivas subyacentes son tácitas, implícitas (Vázquez y Ring, 1993), y no siempre conscientes para el individuo. El objetivo terapéutico será no sólo desarticular los componentes conscientes, manifiestos,

10. Paradójicamente, Beck (1987) plantea últimamente algunas reservas sobre la causalidad de las cogniciones de la depresión (véase Vázquez y Sanz, 1995 y Sanz y Vázquez, 1991).

característicos del pensamiento depresivo sino también, en último término, acceder a estos supuestos tácitos, subyacentes.

TÉCNICAS COGNITIVAS

1. TÉCNICAS PARA RETARDAR PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

- a) COMENZAR CON REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES (hojas de registro, diarios, etc.)
- b) TÉCNICAS PARA ELIMINAR DISTORSIONES COGNITIVAS (ej.: enseñar a efectuar atribuciones causales menos dañinas; enseñar a identificar sesgos y distorsiones).
- c) TÉCNICAS PARA CAMBIAR ASUNCIONES SUBYACENTES

2. TÉCNICAS DE IMAGINERÍA MENTAL

(ej.: Ensayo cognitivo; Desensibilización/Inundación; etc.)

3. TÉCNICAS PARA CONTROLAR PENSAMIENTOS PARÁSITOS RECURRENTES

(ej.: Parada de pensamiento; Refocalización o Focalización exterior; Planificación de quejas y preocupaciones).

4. TÉCNICAS PARA CAMBIAR Y CONTROLAR LA CONDUCTA

(ej.: anticipar consecuencias de la propia acción; considerar pros y contras; entrenamiento en auto-instrucciones).

TÉCNICAS CONDUCTUALES

1. TÉCNICAS PARA CAMBIAR Y CONTROLAR LA CONDUCTA

(ej.: asignación de tareas graduadas; entrenamiento en habilidades sociales; entrenamiento en asertividad).

2. TÉCNICAS PARA CAMBIAR EL ESTADO DE ÁNIMO

(ej.: planificación de actividades; relajación y respiración; exposición in vivo).

3. TÉCNICAS PARA LOGRAR CAMBIOS COGNITIVOS

(ej.: experimentos conductuales; cambio de Rol paciente/terapeuta).

Tabla 2. Resumen de algunas de las técnicas cognitivas y conductuales más utilizadas en la terapia cognitivo-conductual de la depresión (Freeman et al., 1990; Hawton et al., 1990).

1. Basadas en teorías
2. Entrenan al paciente en habilidades
3. Práctica activa intersesiones
4. Limitadas temporalmente
5. Objetivos definidos
6. Atribuciones internas de éxito
7. Plan de mantenimiento y seguimiento

Tabla 3. Factores comunes a las principales psicoterapias cognitivo-conductuales (basado en Zeiss, Lewinsohn, y Muñoz, 1979; Komblith et al., 1983).

EFICACIA TERAPÉUTICA

¿Es eficaz la terapia cognitivo-conductual? La eficacia comparativa de las terapias es uno de los aspectos más espinosos de la investigación clínica por las dificultades de medida que conlleva y, no hay que olvidarlo, las pasiones partidistas involucradas en estas investigaciones. Hasta ahora no hay una gran cantidad de ensayos controlados pero desde el comienzo más o menos oficioso de las terapias cognitivas hace ya unos 15 años, el número de estudios publicados con control experimental se aproxima al centenar. Así pues, existe ya un caudal de datos notable pues la TCC ha sido y es muy utilizada en protocolos estándar de investigación y se somete a los criterios de calidad impuestos por la práctica científica ordinaria.

Vamos a ofrecer un resumen, por fuerza reducido, de los datos disponibles resultantes de la comparación de las terapias cognitivas con otras modalidades terapéuticas farmacológicas y psicológicas (Jarret, 1990; Blackburn, 1987; Hollon y Navatjis, 1988; Dobson, 1989; Rehm, 1995).

1) TERAPIA COGNITIVA FRENTE A FARMACOTERAPIA

La terapia cognitiva se ha comparado típicamente con la administración estándar de antidepresivos tricíclicos. Con alguna excepción, la TC nunca es menos efectiva que la medicación antidepresiva en el tratamiento de pacientes no psicóticos no hospitalizados. En algunos estudios, la TC es más eficaz que los psicofármacos, y en otros casos es tan efectiva como éstos (ver Tabla 4)¹¹.

En algunos casos añade eficacia y en otros no¹². En todo caso, cuando las diferencias han aparecido han sido pequeñas en magnitud (Hollon & Najavits, 1988) y se requieren estudios más detallados sobre el efecto sinérgico de la combinación de diferentes modalidades de terapias (Hollon et al., 1991).

11. El estudio meta-analítico de Steinbrueck et al. (1983), en el que se combinan los resultados de 56 estudios en el tratamiento de la depresión unipolar, demuestra que las psicoterapias, en su conjunto, son más efectivas que los psicofármacos. Igualmente, el estudio meta-analítico de 17 estudios con pacientes unipolares ambulatorios efectuado por Conte et al. (1986) demuestra que, en general, la combinación de psicoterapia con psicofármacos indica en la mayoría de los casos (un 82% de los estudios), que la combinación no incrementa la eficacia de la psicoterapia. En otro estudio meta-analítico, Wexler y Cicchetti (1992) han analizado las tasas de abandono, y de éxito y fracaso de siete estudios bien controlados de comparación entre psicoterapia y psicofármacos en la depresión. Su conclusión, de nuevo, es que la combinación de tratamientos no mejora el resultado, siendo el peor resultado para los psicofármacos administrados aisladamente. Los autores concluye que de cada 100 pacientes, se puede esperar que 29 se recuperen sólo con farmacoterapia, 47 se recuperen con psicoterapia, y 47 se recuperen bajo una combinación de tratamientos. En términos de fracaso (no respuesta y abandono), se puede esperar que abandonen 52 en farmacoterapia, 30 en psicoterapia, y 34 en tratamientos combinados.

12. De un análisis exhaustivo de la evidencia hasta 1986, Conte et al. (1986) han concluido que los tratamientos activos combinados (drogas + psicoterapias de varios tipos) fueron más efectivos que el placebo, pero sólo ligeramente superiores al tratamiento sólo o a al tratamiento combinado con placebo

En nuestro país, C. Maldonado (1988) ha demostrado la eficacia de la TC en Trastornos Depresivos Mayores tanto en combinación con fármacos antidepresivos como sola frente a un grupo control al que solo se le administró fármacos. La TC tuvo una duración de 20 sesiones de unos 50 minutos cada una por un periodo total de 15 semanas. En concreto, sus resultados sugieren que: a) La TC es más eficaz en el control de los síntomas depresivos que la terapia farmacológica estándar, aunque esta también consigue lograr lo que se considera un índice restrictivo de mejoría terapéutica, es decir la reducción de los síntomas en un 50% del nivel basal; b) aunque, como en estudios similares (Rush & Watkins, 1981; Murphy et al., 1984; Beck et al., 1979, 1985), la combinación de TC y psicofármacos no incrementa el resultado al final de la terapia, en la gráfica se puede observar que la tendencia tanto de la TC sola como en combinación es a una mejoría más sostenida del paciente que la terapia farmacológica sola. Mientras que las diferencias respecto a la respuesta aguda son algo más cuestionables, este es un resultado muy consistente en todos los estudios controlados.

Los cinco estudios realizados hasta la fecha (Blackburn et al., 1986; Evans et al., 1985; Simons et al., 1986; Kovacs et al., 1981 -un seguimiento del estudio de Rush et al. - y Maldonado y Vila, 1986) y un informe en vías de publicación del INMH han mostrado la superioridad de la terapia cognitiva en el seguimiento en comparación con terapias interpersonales y farmacológicas. En periodos de 1 a 2 años, la recaída media del grupo farmacológico es de un 60% frente a un 30% en el grupo de TC o Terapia combinada¹³. Falta aún por determinar si la TC impide recaídas o, lo que es aún mejor, es un factor de protección contra recurrencias¹⁴, para esto se requieren periodos de seguimiento más largos que los típicos de 6 meses.

13. En ambos casos, el periodo de seguimiento estaba "libre de terapia"; por otro lado, en el único estudio controlado hasta la fecha, la presencia o no de "booster sessions" no tuvieron impacto en la tasa de recaídas (Baker & Wilson, 1985).

14. Mientras que la recaída es un empeoramiento del estado clínico de un paciente mientras aún presenta el trastorno, la recurrencia se define como una vuelta a un estado psicopatológico de una persona que ya estaba recuperada.

TERAPIA COGNITIVA > PSICOFÁRMACOS

1. Blackburn et al. (1981)
2. Evans et al. (1992)
3. Kovacs et al. (1981)
4. Rush et al. (1977)
5. Rush et al. (1982)

TERAPIA COGNITIVA = PSICOFÁRMACOS

1. Hollon et al. (1992)

TERAPIA COGNITIVA = TERAPIA COGNITIVA + PSICOFÁRMACOS

1. Beck et al. (1985)
2. Blackburn et al. (1981)
3. Covi & Lipman (1987)
4. Evans et al. (1992)
5. Hollon et al. (1992)

TERAPIA COGNITIVA = TERAPIA COGNITIVA + PSICOFÁRMACOS

1. Bowers (1990)
2. Dunn (1979)
3. Miller et al. (1989)
4. Teasdale et al. (1984)

Tabla 4. Relación de estudios comparativos entre la terapia cognitiva y terapia farmacológica, solas o en administración combinada (Conte et al., 1986; Hollon y Navatjis, 1988; Dobson, 1989; Rehm, 1995; Antonuccio et al., 1995).

En cuanto a la combinación de ambas terapias, no emerge un patrón claro.

Parece por lo tanto que este tipo de terapias pueden ofrecer una

alentadora vía de reducción de las recaídas y esta puede que sea la característica más prometedora de las terapias cognitivo-conductuales frente a otras terapias psicológicas y farmacológicas. Estos datos son muy importantes puesto que aunque la mayor parte de las personas que sufren un episodio depresivo acaban recuperándose en 1 o 2 años (Hirschfeld y Goodwin, 1989), aproximadamente un 15% de los casos va a tener un curso crónico (2 años o más deprimido).

Además, las cifras de recaídas son francamente altas. Los datos existentes sobre el riesgo de recaída (véase la Tabla 1) parecen indicar que los que tienden a la cronificación son aquellas personas que han tardado mucho (normalmente varios años) en buscar tratamiento, asimismo, una edad avanzada al inicio del episodio y un nivel socioeconómico bajo son también predictores de un mal pronóstico (Thase, 1990; Keller y Wunder, 1992). Estos casos son de difícil manejo clínico. Un aspecto interesante es que la duración de los ciclos depresión-no depresión se va acortando cuantos más episodios tiene el paciente y cuanto más tardía es la edad de aparición del primer episodio (Greden, 1992)¹⁵.

c) Un aspecto que considero de sumo interés es el de la especificidad de los procesos implicados en el cambio terapéutico. A veces hemos pensado ingenuamente que las técnicas cognitivas reducen específicamente síntomas cognitivos mientras que las técnicas psicofarmacológicas son más eficaces en la reducción de la sintomatología vegetativa. Esta idea parte de una concepción poco holística e interactiva del organismo humano.

En el estudio de Maldonado (1989) se demostró, en las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck, que la TCC es tan eficaz reduciendo síntomas cognitivos como vegetativos (véase también Hollon & Navatjis, 1988). Aún más paradójico si cabe es que todas las terapias fueron igual de eficaces en reducir la pérdida de autoestima

15. Aunque autores como Angst (1992) señalan justamente lo contrario.

personal¹⁶, una característica psicológica típicamente hallada en los trastornos depresivos. Así pues tenemos mucho aún que aprender sobre la especificidad de los cambios promovidos en nuestras terapias.

II) TERAPIA COGNITIVA DE BECK FRENTE A OTRAS PSICOTERAPIAS (ej.: Shaw, 1977; Zeiss et al., 1979; Wilson et al., 1983; Shaw, 1977; Zeiss et al., 1979; Wilson et al., 1983).

En general la metodología de estos estudios ha sido menos cuidadosa (se han empleado sujetos reclutados a través de anuncios, estudiantes universitarios, modalidades psicoterapéuticas atípicas, ausencia casi sistemática de evaluaciones a "doble ciego", etc.) y hay sorprendentemente muy pocos estudios comparativos rigurosos.

Una excepción notable es el estudio de McLean & Hakstain (1979) en el que se emplearon 178 pacientes ambulatorios y en el que se demostró que la TC era superior tanto a un tratamiento estándar con amitriptilina como a un entrenamiento de relajación, sin que existiesen diferencias entre estos dos últimos tratamientos.

Los resultados de estos estudios han demostrado que la TC es igual o superior a diversas modalidades de terapia de conducta y psicoterapias y siempre superior a grupos sin tratamiento (ver, por ejemplo, el metaanálisis de Dobson, 1989)¹⁷.

Repitiendo una conocida frase, ya no basta saber si un tratamiento es eficaz sino cómo, para quién y en qué circunstancias. En un conocido meta-análisis, Dobson (1989) efectuó una comparación específica de la eficacia de la Terapia Cognitiva de Beck respecto a otras terapias. Incluyendo todos los estudios controlados publicados en la literatura

16. Hallazgo semejante al de Simons et al. (1984). Otros ensayos han descubierto, por el contrario, ciertos indicios de mediación cognitiva del cambio (Blackburn & Bishop, 1983; Rush et al., 1982).

17. Zeiss et al. (1979) y Komblith et al. (1983) han señalado que hay 3 características comunes a la mayoría de las psicoterapias: a) proporcionar un mecanismo "explicativo" para paciente y terapeuta; b) estructuración alta; c) proporcionar feedback y apoyo para evaluar de modo realista la realidad.

hasta 1988, comprobó que la TCB es más efectiva que los psicofármacos y que otras modalidades terapéuticas (ej.: entrenamiento en habilidades sociales). Otro interesante resultado de su estudio fue que la duración media de la TCB era de 14'8 semanas, lo que realza la eficacia en la mejoría terapéutica de este tipo de intervención. Por otro lado, se halló que ni la duración de la terapia, ni el sexo, ni la edad, ni la educación, ni la clase social, ni el tipo de pacientes -endógeno versus no endógeno (Blackburn et al., 1981; Hollon, 1986; Kovacs et al., 1981) de los pacientes¹⁸ correlacionaban con el nivel de mejoría alcanzado por éste.

Este es el tipo de análisis, cada vez más detallado y más microscópico, que se va a necesitar en la investigación de los efectos de las psicoterapias. En este sentido, es muy interesante el estudio multicéntrico patrocinado por el NIMH, en el que de un modo altamente controlado se ha comprobado la eficacia de 3 tipos de terapia: farmacológica, cognitiva de Beck, e interpersonal (Sotsky et al., 1991) -ver Tabla 5. Quizás lo más fascinante de los resultados es que parece que emerge un tipo específico de paciente adecuado para cada terapia. En general, un mejor resultado terapéutico se observa en pacientes con: a) baja disfunción cognitiva; b) alta expectativa de éxito; y c) más depresión endógena. Sin embargo, lo más interesante es que se descubrió que la TCC es paradójicamente menos eficaz cuando el paciente tiene una disfunción cognitiva alta¹⁹ y la terapia interpersonal resultó ser menos eficaz cuantos más problemas interpersonales tiene el paciente. Este resultado debe llamarnos la atención sobre la idea estereotipada de que hay una adecuación idónea entre tipo de terapia y tipo de paciente de modo que, por ejemplo, los pacientes con más distorsiones cognitivas pudieran ser mejores para una TCC. Los resultados del estudio del NIMH parecen contradecir dicha idea²⁰.

18. Ver también Blackburn et al., 1988.

19. Evaluada con la Dysfunctional Attitude Scale (DAS) -véase Sanz y Vázquez, 1993, 1994.

20. Quizás pudiera hipotetizarse que un paciente con una elevada disfuncionalidad cognitiva no será siquiera capaz de adecuar sus esquemas cognitivos a un tipo de terapia como la TCC. Igualmente, un paciente con alta disfuncionalidad interpersonal quizás esté en una mala situación inicial para

METATEORÍA DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS: ¿QUIEN DISTORSIONA?

El objeto de las terapias cognitivas es, como el de cualquier otra terapia, reestablecer o instaurar un estado de equilibrio en el sujeto. No hay duda de que en último término se intenta mejorar el estado de «salud mental» del individuo. Un concepto que, siguiendo la archiconocida definición de la Federación Mundial para la Salud Mental (1962), se puede caracterizar como "un estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual, y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes". Como bien se puede apreciar esta definición es, plantea un horizonte utópico, casi tautológico, que puede recibir nuestra aprobación incondicional²¹.

Ahora bien, ha habido intentos por precisar aún más lo que ha de entenderse por "salud mental". La salud, evidentemente, no puede caracterizarse sólo por una ausencia de trastornos mentales sino por disfrutar de algún privilegio superior. Filósofos, sociólogos, médicos, han discurrecido sobre estos menesteres y, en general, hay un acuerdo en señalar los siguientes criterios constitutivos de ese estado: Percepción correcta de la realidad y de uno mismo, buenas relaciones interpersonales, autonomía personal, productividad, etc.²²

Evidentemente, todos estos criterios, en mayor o menor medida, parecen ingredientes de consideración en la definición de la salud. Existe un consenso generalizado de que la percepción correcta de uno mismo y del entorno parece ingrediente sustancial de la salud mental. Difícilmente podemos considerar sano a una persona que se crea perseguido por la K.G.B. (sobre todo en estos tiempos de penuria para estos servicios secretos) o que tenga la certeza de ser la reencarnación

adentrarse en una terapia justamente centrada en lo interpersonal.

22. Dado lo utópico de esta concepción absoluta de la salud, parece preferible hablar de salud relativa, como un estado de equilibrio dinámico, mejorable, y fluctuante (véase Vázquez, 1990).

Por cierto, un estado cuya esencia puede ser la inestabilidad. A veces se ha señalado con humor que «la salud es un estado transitorio que no conduce a nada bueno».

del profeta Mahoma. Estos son extremos patentes de una distorsión en la percepción de la realidad y de uno mismo.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

1. Disfunción cognitiva baja (DAS)
2. Ausencia de historia familiar
3. Más episodios anteriores
4. Duración breve episodio actual
5. Mayor edad en comienzo

TERAPIA INTERPERSONAL

1. Disfunción social baja (SAS)
2. Mayor sensibilidad social
3. Mayor satisfacción con relaciones personales

TERAPIA FARMACOLÓGICA (IMIPRAMINA)

1. Disfunción laboral alta
2. Mayor gravedad
3. Endogeneidad
4. Menos trastorno de personalidad

TABLA 5. Predictores de respuesta (ordenados por peso predictivo) en las diferentes modalidades de terapia en el estudio multicéntrico controlado del National Institute of Mental Health (Sotsky et al., 1991).

Las terapias cognitivas intentan eliminar distorsiones, sesgos en el procesamiento de la información, y errores lógicos. Hay una creencia de fondo de que el individuo sano está exento de estos problemas y por tanto el terapeuta ha de guiar la terapia hacia la reconquista de ese terreno perdido de la Razón. Sin embargo, rigurosos datos provenientes del laboratorio obstinadamente muestran que las personas "normales" distorsionan la realidad posiblemente tanto como las personas deprimidas pero una dirección opuesta (Vázquez, 1986, 1995).

La conclusión de datos sobre la investigación en memoria o en atribuciones causales, por sólo poner dos claros ejemplos, es muy clara: existe un sesgo bidireccional consistente mediado por el estado de ánimo. Por ejemplo, las personas no deprimidas recuerdan más ítems (palabras, frases, etc.) positivos presentados experimentalmente que ítems negativos. Y justamente lo contrario sucede con los pacientes deprimidos: ambos grupos presentan sesgos cognitivos de magnitud semejante (Matt, Vázquez, y Campbell, 1992). Un fenómeno semejante sucede con la percepción de control (Vázquez, 1987). Todo este caudal convergente de datos indica que sesgar la información no es necesariamente patológico; de hecho, pudiera ser que determinados sesgos positivos son una garantía de lo que llamamos "salud mental" (Taylor y Brown, 1989; Vázquez, 1995).

A pesar de lo que se nos dice, a pesar de lo que los representantes de las tradiciones literarias y filosóficas occidentales han proclamado²³, los seres humanos distorsionan positivamente, optimistamente, la realidad: distorsionan sus capacidades, sus expectativas de éxito futuro²⁴, el afecto de los demás... ¿Es esto malo? Radicalmente, no. Estos sesgos posiblemente son los que nos permiten estar vivos, los que nos permiten intentar alcanzar lo que parece inalcanzable. Al conocido dicho de que mientras hay vida hay esperanza habría que transformarlo por uno más exacto a la realidad: mientras hay esperanza hay vida²⁵. La esperanza es, en definitiva, roza la quimera, lo inapresable, anticiparnos a lo que aún está por venir.

Esta idea de la distorsión cognitiva cotidiana en personas normales ofrece perspectivas singulares sobre el objetivo de las terapias y, por

23. Ambroise Bierce, en su Diccionario del Diablo nos dice: «Optimista. Un defensor de la doctrina de que lo negro es blanco».

24. La gente infraestima la probabilidad de ser afectadas por enfermedades como el cáncer, accidentes, etc. (Alloy & Ahrens, 1988; Taylor & Brown, 1988).

25. Empíricamente está demostrado, por cierto, que la "desesperanza" es el mejor predictor que disponemos para predecir conductas suicidas (Beck, Brown, & Steer, 1989).

elevación, sobre la propia naturaleza humana²⁶. En definitiva, se plantea cuál debe ser el criterio normativo, el criterio estándar de logro terapéutico. ¿Bastará con que una persona deprimida deje de distorsionar negativamente la realidad? ¿O, por el contrario, la meta terapéutica debe ser lograr que distorsione positivamente la misma? Esto no es simplemente una especulación. Es algo que puede afectar a los *modus operandi* de los terapeutas y los profesionales de eso que hemos denominado, sin saber muy bien qué es, salud. Esta debe ser, sin duda, un área de exploración en la investigación futura.

UNA AGENDA DE INVESTIGACIÓN FUTURA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS TERAPIAS

Parece indiscutible que las terapias cognitivo-conductuales son no sólo un punto de referencia importante en el tratamiento de la depresión sino incluso, como sugieren Antonuccio et al. (1995), podrían considerarse, en base a los resultados empíricos publicados, la primera elección terapéutica²⁷. Estos autores sugieren además una serie de conclusiones lógicas a partir de la investigación sobre la efectividad comparada de las terapias (véase Tabla 6)

26. Incluso algún afamado biólogo ha propuesto la tesis de que el vector que ha impulsado la evolución de las especies ha sido el optimismo (Tiger, 1979). Uno podría pensar que si aquellos grupos de homínidos hubiesen tenido en cuenta las probabilidades reales de matar con hachas de sílex a gigantescas piezas de caza, la especie humana se hubiese extinguido por inanición.

27. En un polémico folleto explicativo sobre la depresión y su tratamiento, publicado por una institución oficial norteamericana en 1993 (Depression Guideline Panel, 1993) y contundentemente respondido por Muñoz et al. (1994), sorprendente-mente se sugiere, por ejemplo, que las terapias psicológicas deberían intentarse una vez que hayan fracasado al menos dos intentos de terapia farmacológica en un paciente.

1. Las psicoterapias (con la excepción de terapias dinámicas o más "introspectivas") deberían ser el primer tratamiento de elección.
2. Si se usan psicofármacos:
 - Debería utilizarse psicoterapia para minimizar recaídas.
 - Debería utilizarse dosis mínimas óptimas y por poco tiempo, para evitar efectos secundarios, tóxicos, riesgo de suicidio, y posible incremento de abandonos de tratamiento.
3. Deberían evitarse las combinaciones de psicofármacos, dado que en muchos casos son peligrosas y se desconocen sus interacciones.
4. No deben prescribirse antidepresivos en niños y adolescentes porque no hay datos sobre su efectividad ni sobre su impacto sobre la salud.
5. Debe minimizarse la ingesta de psicofármacos en ancianos por el riesgo de efectos anticolinérgicos e hipotensión.
6. No se deben administrar ansiolíticos solos pues tienen un peor efecto que incluso la ausencia de tratamiento.

Tabla 6. Principales decisiones diagnósticas en el tratamiento de la depresión, en base a los resultados existente sobre eficacia comparada de diversas modalidades terapéuticas. Las recomendaciones farmacológicas aluden sólo a tricíclicos pues aún no se sabe suficiente sobre los nuevos antidepresivos. (Basado en Antonuccio et al., 1995).

A pesar de este panorama optimista sobre el futuro de las terapias psicológicas, y en especial de las cognitivo-conductuales, la comparación futura de tratamientos habrá de tener en cuenta varias consideraciones (ver, por ejemplo, Beckham, 1990).

1) En primer lugar, un mayor control de los ensayos clínicos terapéuticos. Esto ha de traducirse en que las terapias que se comparan

(psicológicas o farmacológicas) tengan el mismo grado de "credibilidad" para los pacientes.

2) En segundo lugar ha de asegurarse que posean misma calidad, y tiempo y atención dedicados a los pacientes en las terapias comparadas y que los terapeutas posean un grado de experiencia y entrenamiento similar.

3) Otros factores a considerar serán los del control de la "calidad" de los pacientes: es decir, definir más precisamente el tipo diagnóstico, características asociadas, procedencia, etc.

4) Un aspecto de suma importancia lo constituye la necesidad de evaluar en detalle los procesos psicológicos y neuroquímicos involucrados en la mejoría psicopatológica. Por ejemplo, la Psicología Cognitiva experimental dispone de acabados modelos teóricos y sofisticadas técnicas de medida que apenas han sido empleados para evaluar el cambio terapéutico (Sanz y Vázquez, 1991). Siguiendo con el ejemplo, desconocemos absolutamente el impacto que las diferentes terapias tienen sobre el funcionamiento atencional, de memoria, de juicios de realidad, etc. de los pacientes y si estos cambios pueden modular o mediatizar la mejoría terapéutica.

5) En quinto lugar, la especificidad del cambio, como he señalado anteriormente a propósito de los cambios en autoestima (Maldonado 1989), es otra de las grandes vías aún por explorar.

6) Un último aspecto que me parece de extraordinario interés es el de la conveniencia de volver nuestra mirada al comportamiento de la gente "normal" para buscar indicios válidos para la práctica terapéutica. Como indiqué al comienzo de este capítulo, un porcentaje elevado de personas no va traspasar nunca el umbral de la depresión a pesar de que, como cualquier ser humano, han tenido que afrontar alguna vez situaciones "objetivamente difíciles". ¿Qué hace la gente que no llega a deprimirse para combatir estas situaciones? La respuesta a esta pregunta nos puede dar pistas formidables para intentar dotar a nuestros pacientes de estas herramientas que en muchas personas que no sucumben a la depresión parecen funcionar (Vázquez y Ring, 1996).

REFERENCIAS

Alloy, L.B. y Ahrens, A.H. (1987). Depression and pessimism for the future: Biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 366-378.

Amenson, C.S. y Lewisohn, P.M. (1981). An investigation into the observed sex difference in prevalence of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 1-13. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. [Trad. esp. en Masson, 1995].

Antonuccio, D.O., Danton, W.G., y DeNelsky, G.Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-585.

Bas, F. & Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, E. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford. (Trad. esp.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brower, 1983).

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.

Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.

Beck, A.T., Brown, G., y Steer, R.A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 309-310.

Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E., Bedrosian, R.C., y Budenz,

D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.

Beckham, E.E. (1990). Psychotherapy of depression: Research at a crossroads: Directions for the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 10, 207-228.

Belsher, G. y Costello, C.G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychological Bulletin*, 104, 84-96.

Blackburn, I.M. (1988). Psychological processes in depression. En E. Miller y P.J. Cooper (Eds.), *Adult abnormal psychology*. Edinburgo: Churchill Livingstone.

Blackburn, I.M. y Bishop, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy. *British Journal of Psychology*, 143, 609-617.

Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I., Whalley, I. J., & Christie, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.

Blackburn, I.M., Eunson, K.M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 65-75.

Blehar, M.C., Weissman, M.M., Gershon, E.S., & Hirschfeld, R.M. (1988). Family and genetic studies of affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 45, 289-292. Brown, G.W. (1989). Depression: A radical social perspective. En K. Herbst y E. Paykel (Eds.), *Depression: An integrative approach*. London: Heineman Medical Books.

Burke, J.D. y Regier, D.A. (1989). Epidemiología de los trastornos mentales. En J.A. Talbott, R.E. Hales, y S.C. Yudofsky, S.C. (Eds.), *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora. (Original: 1988).

Burns, D.D. (1980). **Feeling good. The new mood therapy**. NY: Signet. (Trad. española en Ed. Paidós, 1990).

Clayton, P.J. (1986). Prevalence and course of affective disorders. En A.J. Rush y K.Z. Altshuler (Eds.), **Depression: Basic mechanisms, diagnosis, and treatment**. New York: Guilford Press.

Conte, H.R., Plutchik, R., Wild, K.V., & Karasu, T.B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression: A systematic analysis of the evidence. **Archives of General Psychiatry**, 43, 471-479.

Depression Guideline Panel (1993). **Depression is a treatable illness: A patient's guide** (AHCPR Publication 93-05553). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.

Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. **Journal of Consulting y Clinical Psychology**, 57, 414-419.

Freeman, A., Simon, K., & Beutler, L. & Arkowitz, H. (1989). **Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy**. NY: Plenum.

Greenberg, M.S., Vázquez, C., & Alloy, L.B. (1988). Depression versus anxiety: Differences in self- and other-schemata. En L.B. Alloy (Ed.), **Cognitive processes in depression**. New York: Guilford Press.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems**. Oxford: Oxford University Press.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). **Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems**. Oxford: Oxford University Press. Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K.M. (Eds.). (1990). **Clinical applications of cognitive therapy**. NY: Plenum.

Hollon, S.D., Derubeis, R.J., Y Evans, M.D. (1990). Combined cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depression. En D.W. Manning y A.J. Frances (Eds.), **Combined pharmacotherapy and psychotherapy for depression**. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Hollon, S. D. & Najavits, L. (1988). Review of empirical studies on cognitive therapy. In A. J. Frances & R. H. Hales (Eds.), **American Psychiatric Press Review of Psychiatry** (Vol. 7, pp. 643-666). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hollon, S.D., Shelton, R.C., & Loosen, P.T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 59, 88-99.

Jarrett, R.B. (1990). Psychosocial aspects of depression and the role of psychotherapy. **Journal of Clinical Psychiatry**, 51, 6 (Supl.), 26-35.

Klerman, G. L. (1987). Cognitive dysfunction, vulnerability, and integrating theories of depression. **Integrative Psychiatry**, 5, 32-35.

Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T., & Hollon, S.D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one-year follow-up. **Archives of General Psychiatry**, 38, 33-39.

Maldonado, A. (1982). Terapiad de conducta y depresión: Un análisis experimental de los modelos conductual y cognitivo. **Revista de Psicología General y Aplicada**, 37, 31-56.

Maldonado, C.L. (1988). Una investigación clínica sobre la eficacia diferencial de los tratamientos cognitivos y/o farmacológicos de la depresión mayor. **Tesis doctoral** (no publicada). Universidad Complutense.

Manning, D.W. Y Frances, A.J. (1990). Combined therapy for depression: Critical review of the literature. En D.W. Manning y A.J.

Frances (Eds.), **Combined pharmacotherapy and psychotherapy for depression**. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Matt, J., Vázquez, C., y Campbell, K. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2, 227-256.

McLean, P.D. & Hakstian, A.R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.

Monroe, S.M., and Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress, theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.

Muñoz, R.F., Hollon, S.D., McGrath, E., Rehm, L.P., y VanDenBos, G.R. (1994). On the AHCPR depression in primary care guidelines: Further considerations for practitioners. *American Psychologist*, 49, 42-61.

Muñoz, M., Vázquez, C., y Cruzado, J.A. (1995). **Personas sin hogar en Madrid: Informe psicosocial y epidemiológico**. Madrid: Imprenta de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzel, R.D. & Lustman, P.J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.

NIMH/NIH Consensus Development Conference Statement (1985)s. Mood disorders: Pharmacological prevention of recurrences. *American Journal of Psychiatry*, 142, 469-476.

Paykel, E.S. (1985). Sucesos críticos y entorno del paciente durante la infancia. Psicopatología de los trastornos afectivos. En E.S. Paykel (Ed.), **Psicopatología de los trastornos afectivos**. Madrid: Pirámide. (Orig. 1982).

Perris, C., Blackburn, I.M., & Perris, H. (1988). (Eds.), Cognitive

psychotherapy. Theory and practice. New York: Springer-Verlag Rehm, L.R. (1995). Psychotherapies for depression. En K.D. Craig y K.S. Dobson (Eds.), **Anxiety and depression in adults and children** (pp. 183-208). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Ruiz, M.A. (1993). **Terapias cognitivas y terapias cognitivo-conductuales**. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., Weissenburger, J., & Hollon, S.D. (1982). Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self-concept. *American Journal of Psychiatry*, 139, 862-866.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: Propiedades clínicas y psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 707-750.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1994). Algunas consideraciones adicionales sobre la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 669-673.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1991a). Trastornos depresivos (II). Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), **Manual de Psicopatología**, Vol. 2 (785-875). Valencia: Promolibro.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandin, y F. Ramos (Eds.), **Manual de Psicopatología**. (Vol. 2) (pp. 341-378). Madrid: McGraw Hill.

Shea, M., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Pilkonis, P., Beckham, E., Glass, D.R., Dolan, R.T., & Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 49, 782-787.

Simons, A.D., Garfield, S.L. y Murphy, G.E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 45-51.

Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine, J.L., & Wetzel, R.D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.

Smith, A.L. y Weissman, M.M. (1991). Epidemiología de los trastornos depresivos: perspectivas nacionales e internacionales. En J.P. Feighner y W.F. Boyer (Eds.), *Diagnóstico de la depresión*. NY: Wiley. (Edición especial traducida por Laboratorios Beecham).

Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M., Pilkonis, P. et al. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.

Taylor, S.E. & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.

Thase, M.E. (1990). Relapse and recurrence in unipolar major depression: Short-term and long-term approaches. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 6 (Supl.), 51-57.

Tiger, L. (1979). *The biology of optimism*. NY: Prometheus.

Vázquez, C. (1987). Judgment of contingency: Cognitive biases in depressed and nondepressed subjects. *Journal of Personality & Social Psychology*, 52, 419-431.

Vázquez, C. (1986). Limitaciones y sesgos en el procesamiento de la información: Más allá de la teoría del «hombre como científico». *Estudios de Psicología*, 23-24, 111-133.

Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En F.

Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología médica, Psicopatología, y Psiquiatría*. (Vol. 2) (pp. 655-678) Madrid: McGraw Hill.

Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.

Vázquez, C. (1995). Limitaciones, errores, y sesgos en el procesamiento de la información: la ficción de la teoría del «hombre científico». En M.D. Avia y Sánchez-Bernardos, M.L. (Eds.), *Personalidad: Un enfoque socio-cognitivo*. Madrid: Pirámide (1995).

Vázquez, C. y Lozoya, G. (1994). Evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en personas de edad. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. (pp.247-278). Madrid: Siglo XXI.

Vázquez, C., & Ring, J. (1993). Altered cognitions in depression: Are dysfunctional attitudes stable?. *Personality and Individual Differences*, 15, 475-479.

Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (en prensa). Estrategias de afrontamiento. En J. Guimón, G. Berrios y A. Bulbena (Eds.), *Medición en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat.

Vázquez, C., y Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: Un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Psicología Conductual*, 4, 9-28.

Vázquez, C., y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología*, Vol. 2 (717-784). Valencia: Promolibro.

Vázquez, C., y Sanz, J. (1995). Trastornos depresivos: Aspectos clínicos. En A. Belloch, B. Sandin, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2) (pp. 299-340). Madrid: MacGraw Hill.

Wexler, B.E. & Cicchetti, D.V. (1992). The outpatient treatment of

depression: Implications of outcome research for clinical practice. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 277-286.

Zeiss, A.M., Lewisohn, P.M., y Muñoz, R.F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal, cognitive, and pleasant events focused treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439.