

502
Ept de Psicología

Universidad de Monterrey

Division de Ciencias de la Educación y Humanidades
Departamento de Psicología

MAYO 13 1996
UNIVERSIDAD DE MONTERREY
BIBLIOTECA



040.15
S454t
1990

Tratamiento de la Depresión según la
Terapia Cognoscitiva Conductual de A. Beck

901897

Monografía

Presentada como uno de los requisitos

para obtener el grado de

Licenciado en Psicología

por

Leticia María Segovia Lozano

Monterrey, N.L., Abril de 1990

Dedico esta monografía

con mucho cariño

A mis padres

Abuelita Beny

A mi futuro esposo

Oscar

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	i
I. ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESION	1
A) ANTECEDENTES HISTORICOS	1
B) DEFINICIONES	4
C) SINTOMAS	9
D) ETIOLOGIA	11
E) CLASIFICACION	15
II. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION SEGUN LA TERAPIA COGNOSCITIVA CONDUCTUAL DE A. BECK	25
A) RESEÑA HISTORICA DE LA INTEGRACION DE LA TERAPIA COGNOS- CITIVA CONDUCTUAL	25
B) CRITERIO Y CARACTERISTICAS COMPARTIDAS ^S ENTRE LA TERAPIA CONDUCTUAL Y LA COGNOSCITIVA	27
C) TENDENCIAS RECIENTES DE AMBAS TERAPIAS	31
D) ¿QUE ES LA TERAPIA COGNOSCITIVA CONDUCTUAL?	33
a. Desarrollo histórico	35

E) CONCEPTOS BASICOS UTILIZADOS EN LA TERAPIA COGNOSCITIVA	
CONDUCTUAL	38
a. Razonamiento terapéutico	38
b. La terna cognoscitiva	41
c. Esquemas	41
d. Errores cometidos en el procesamiento de información	43
F) PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	46
a. Requisitos necesarios para la terapia	46
b. Estrategias generales del tratamiento	48
c. Consideración del tiempo	49
d. Procedimientos de orientación	50
e. Técnicas cognoscitivas y conductuales	51
III. APLICACION DE LA TERAPIA COGNOSCITIVA-CONDUCTUAL EN UN	
CASO DE DEPRESION	58
IV. GLOSARIO	61
V. CONCLUSIONES	64
VI. BIBLIOGRAFIA	70

INTRODUCCION

La depresión ha sido uno de los trastornos psicológicos más antiguos de la humanidad. En el antiguo Egipto, hace más de 3,000 años era un fenómeno conocido y tratado por los sacerdotes de esa época. Para el siglo IV A.C., la observación del depresivo dejó de ser parte de una tradición teológica, para convertirse en un movimiento de índole científico. Fué Hipócrates el que introdujo los términos de "manía" y "melancolía" para referirse a la depresión. Durante el Renacimiento se dió énfasis en las explicaciones racionales y causas naturales para el trastorno de la depresión.

En la época actual, es un fenómeno tan frecuente y generalizado que algunos autores lo han considerado como "el resfriado común de la enfermedad mental". Su elevada incidencia hoy en día, sobre todo en países desarrollados es tan alarmante como lo indican las siguientes

cifras: Según la Organización Mundial de la Salud cuando menos 150 millones de humanos sufren de depresión; en E.U.A. es la segunda causa de hospitalización después de la esquizofrenia, pero se estima que entre no hospitalizados es 5 veces mayor que la esquizofrenia; en Alemania Federal se ha calculado que 38 ciudadanos se suicidan --- diariamente como consecuencia de la depresión (Zerméño, 1985,pág.107).

El objetivo de esta investigación monográfica será describir los aspectos más importantes de la depresión y dar a conocer la Terapia Cognoscitiva Conductual de A. Beck como una alternativa de tratamiento. Esta terapia fué elegida por considerársele una de las más actualizadas y recientes en el estudio de la depresión y aplicación de la técnica para dicho fenómeno.

Esta monografía se desarrollará de la siguiente manera, en un primer apartado se hablará sobre los aspectos más generales de la depresión como sería su desarrollo histórico, definiciones, síntomas, etiología y clasificación. En un segundo apartado se expondrá la Terapia Cognoscitiva Conductual de A. Beck como una modalidad de tratamiento dentro de las muchas formas de terapia Cognoscitiva Conductual que existen hoy en día para los diversos casos de depresión

y finalmente se expondrá un caso clínico alucivo al tema.

Se sugiere que se considere esta exposición como un trabajo que funde las bases para una investigación posterior. Además es conveniente aclarar que el procedimiento que aquí se plantea es sólo una de las muchas opciones que en nuestros días se ofrecen para el tratamiento de los distintos casos de depresión.

I. ASPECTOS GENERALES DE LA DEPRESION

A. ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde los comienzos de la historia, hace más de 3,000 años, los trastornos depresivos han sido reconocidos y descritos.

En el Antiguo Egipto, estos fueron tratados por los sacerdotes los cuales reconocían que la depresión era frecuentemente asociada con la experiencia psicológica de una pérdida. Al rey Saúl se le describió de sufrir en el Antiguo Testamento, al igual que al patriarca bíblico Job, frecuentes y severas depresiones (Kaplan & Sadock, 1985, pág.760).

No fue hasta aproximadamente el siglo VI A.C. que la observación del enfermo mental comenzó a entrar en dominio del curandero o hechicero y dejó de ser parte de una tradición teológica. Este movimiento paso de ser una concepción teológica y filosófica a ser de índole científica y floreció en los pensamientos de Hipócrates, el --

cual introdujo los términos de manía y melancolía para referirse a la depresión. Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos estaban relacionados con la reacción del conjunto: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra (Kaplan y Sadock, 1985, pág.760).

Los romanos también hicieron una importante contribución para la comprensión de los trastornos afectivos. Aretaeus hizo una distinción entre las depresiones exógenas y endógenas, sosteniendo que ambas compartían los mismos síntomas pero que cada una poseía diferentes orígenes. También reconoció que la manía y la depresión frecuentemente coexistían en el mismo individuo. Él sostuvo que la manía y la melancolía eran partes de un solo trastorno y que sus orígenes se relacionaban más con el estado emocional del paciente que con humores internos (Kaplan y Sadock, 1985, pág.761).

* Durante el Renacimiento hubo de nuevo énfasis en las explicaciones racionales y causas naturales para los trastornos mentales incluyendo la depresión y la manía.

Entre los siglos XVI y XVII hubo un acuerdo general acerca de que el cerebro jugaba un papel importante en la génesis de algunos --- trastornos mentales (Kaplan y Sadock, 1985, pág.761).

Para fines del siglo XIX, en 1896, Kraepelin estableció una clasificación que instituía la diferencia entre psicosis maniaco depresivas y demencia precoz llamada posteriormente esquizofrenia. Después los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de las psicosis maniacodrepesivas, situación que se mantuvo durante las primeras décadas de éste siglo. En consecuencia el paciente deprimido era considerado como psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves (Zermeño, 1985, pág.107).

El punto de vista de Kraepelin básicamente fue orgánico, pero fué complementado por las teorías psicoanalíticas de Freud, Abraham, Rado y otros (Zermeño, 1985, pág.107).

Freud fue el primero que habló de la depresión periódica como una tercera forma de las neurosis de angustia. Los psicoanalistas, en general, enfatizaban el papel de la pérdida y de la introyección del objeto. Freud también hizo hincapié en el papel que juega la experiencia ambiental y su significado para el individuo como ---

patogénesis de la depresión. Más recientemente, la importancia de la cognición en la depresión ha sido reconocida por A. Beck y sus colaboradores (Kaplan y Sadock, 1985, pág.762).

B. DEFINICIONES

El fenómeno de la depresión forma parte de un grupo de trastornos que se les considera trastornos de la afectividad, los cuales se caracterizan por alteraciones en el estado de ánimo de una persona.

La afectividad penetra y colorea toda la vida psíquica, determina la actitud general de rechazo o aceptación ante cualquier experiencia, promueve cualquier tendencia en armonía con esta experiencia e inhibe cualquier impulso que no esté de acuerdo con la misma (Kolb, 1983, pág. 164).

El término depresión resulta amplio y difícil de definirse ya que se le ha utilizado para referirse a un estado de ánimo, a un síntoma a un síndrome y hasta a una enfermedad. De ahí que surja la dificultad no solo en cuanto a definición, sino también en cuanto a clasificación (Kaplan y Sadock, 1985, pág.760).

A continuación se darán algunas definiciones, con el propósito de que se adquiriera una perspectiva más amplia acerca de la complejidad que el concepto encierra.

Nach y Recamie definen a la depresión como "un estado patológico de sufrimiento psíquico consciente y de culpa, acompañado por una marcada reducción de los valores personales y una disminución de la actividad psicomotora y orgánica" (citado en Levin y Lasky, 1980, pág.3).

Para Caso Muñoz la depresión puede definirse:

como un síndrome que se caracteriza por los siguientes síntomas cardinales primarios:

- a) Humor esencialmente depresivo.
- b) Dificultad para pensar.
- c) Retardo psicomotor (inhibición de la iniciativa) o angustia o agitación.
- d) Transtornos somáticos diversos, pero los principales son transtornos del sueño y del apetito. También son frecuentes las cefaleas. El enfermo se siente solo, llora fácilmente. Hay pérdida de interés y entusiasmo.

Hay pensamientos pobres, indecisos que generan ansiedad. Los que los padecen se quejan que no pueden concentrarse y de que su iniciativa se encuentra inhibida. Se cansan fácilmente (1981,pág.114).

Para Kolb, la depresión es:

«un tono afectivo de tristeza y es tal vez la afección de que más se quejan los pacientes psiquiátricos. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo» (1983, pág.164).

Para Mackinnon y Michels la depresión "se refiere tanto a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto a síntoma, ésta describe un tono de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido" (1984,pág.162).

Kisker ha utilizado la palabra depresión para:

«referirse a un sentimiento, que es un tono emocional subjetivo de breve duración; a una disposición de ánimo, que es un estado sostenido durante un lapso prolongado; a una emoción, en la que los tonos emocionales se combinan con cambios fisiológicos detectables; a un desequilibrio de la personalidad con síntomas característicos» (1984,pág.215).

Vidal y Alarcon la definen:

« como una reacción a la frustración crónica a eventos que representan pérdidas emocionales de diversa índole. Se caracteriza por sentimientos de placer y alegría suceden los de tristeza, desaliento, minusvalía personal, --

pesimismo, tendencias autopunitivas, pérdida de repercusión afectiva ante eventos favorables, enlentecimiento psicomotor generalizado" (1985, pág.142).

B. Martín dice que: . . .

" los que sufren depresión muestran algunos de los siguientes síntomas: pierden el gusto por la vida, a los sentimientos de placer y alegría suceden los de tristeza o un estado de apatía emocional, la iniciativa en las actividades, sea el trabajo o el juego, es reemplazado por pasividad, se pierde el interés por la comida y el sexo se convierte en repulsión contra esas necesidades biológicas las actividades de aceptación de sí mismo y de esperanza degeneran en actitudes de autoculpa y degeneración" (1985, pág.369).

Zermeño parte del supuesto que la depresión: . . .

es un polifenómeno que tiene manifestaciones a nivel:
 1) Cognitivo verbal, 2) Autónomo fisiológico, 3) Motor conductual. A nivel cognitivo verbal, el depresivo se caracteriza por una actitud negativa hacia sí mismo (autoacusaciones y críticas exageradas) hacia el medio ambiente y el futuro. Como consecuencia su sistema motivacional es casi nulo o se encuentra notablemente disminuido y verbaliza frecuentemente tristeza, ansiedad y coraje. Fisiológicamente, el depresivo manifiesta problemas de constipación, insomnio, falta o exceso de apetito, problemas sexuales (impotencia, frigidez y disminución del impulso sexual) fácil fatigabilidad y disminución de peso. En el área conductual manifiesta el depresivo: inactividad, aislamiento social, lentitud, fisonomía melancólica y susceptibilidad a las lágrimas (1985, pág.112-115).

A. Beck define la depresión en base a las características en cinco áreas:

1. Emocional: incluye el estado emocional de rechazo, tristeza, ansiedad, culpa y coraje.
2. Cognitiva: básicamente incluye una actitud negativa hacia sí mismo, hacia el medio ambiente y hacia el futuro.
3. Motivacional: no existe aliciente para hacer planes emprender actividades, etc.
4. Vegetativa: problemas gastrointestinales, taquicardias, tensión muscular, insomnio, problemas sexuales.
5. Motora: una lentitud corporal, lentitud motora y verbal (citado en Zermeño, 1985, pág.113-114).

Para Sergio Aguilar G. la palabra depresión se usa de muchas maneras. Depresión puede significar:

- a) un estado de ánimo que dura de unas horas a unos cuantos días.
- b) un sentimiento que dura unos cuantos minutos
- Una condición clínica que:
- c) dura al menos dos semanas.
- d) causa un fuerte sufrimiento emocional.
- e) hace difícil que llevemos a cabo nuestras actividades diarias (1988, pág.4).

} cita

C. SINTOMATOLOGIA DE LA DEPRESION

Todos los autores que se revisaron concuerdan de alguna manera en los posibles síntomas que presenta un individuo que ha padecido o que sufre de depresión.

En general, autores como Kisker, Martín, Vidal-Alarcón, Kolb y Klofiling coinciden y se fundamentan en los criterios que ha establecido el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-III), ya que éste es considerado como uno de los instrumentos clínicos con mayor validez y fiabilidad que existen en la actualidad. A continuación se refieren aquí los criterios para el diagnóstico de episodios de depresión según el DSM-III:

a) Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad.

b) Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo (en los niños menores de seis años, tres de los cuatro primeros síntomas como mínimo:

1. Poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso.

2. Insomnio o hipersomnia.

3. Agitación o enlentecimiento psicomotor.

4. Pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los períodos delirantes o alucinatorios.

5. Pérdida de energía y fatiga.

6. Sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada.

7. Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento, tales como enlentecimiento del pensamiento o indecisión no acompañada de coherencia o pérdida notable de la capacidad asociativa.

8. Pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida.

c) Cuando no está presente el síndrome afectivo, es decir antes de que se haya desarrollado o después de haber remitido, ninguno de los siguientes síntomas domina en el cuadro clínico:

1. Preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo.

2. Conducta extraña.

3. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.

4. Todo ello no es debido a ningún otro trastorno mental ni al duelo no complicado.

La depresión puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia, y la edad de inicio se distribuye de forma uniforme a lo largo de la vida adulta.

cita DSM IV

D. ETIOLOGIA DE LA DEPRESION

Son muchas y muy diversas las causas por las cuales se puede desarrollar una depresión en una persona.

Todavía algunos investigadores, así como ciertos autores que escriben sobre el tema, no se han puesto de acuerdo acerca de cuáles son los posibles factores desencadenantes de este trastorno.

A continuación se exponen los principales posibles factores que pueden generar una depresión. A las causas se les puede dividir en: genéticas, psicológicas, bioquímica, sociales, ecológicas y culturales.

A los factores genéticos se les ha considerado como de mayor importancia en las depresiones psicóticas, un buen número de autores como Kolb (1983,pág.167) han presentado pruebas a favor de la teoría de que algunas personas son portadoras de una vulnerabilidad específica a la psicosis maniacodrepresiva.

Las causas psicológicas pueden intervenir en el origen de cualquier tipo de depresión, pero son esencialmente importantes en la depresión neurótica. En casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel importante, apareciendo desde los primeros años de vida; entre los factores determinantes se encuentran:

- a) una mala integración de la personalidad en la etapa formativa.

Entre los factores desencadenantes de la mala integración de la personalidad se encuentran:

- a) La pérdida de un ser querido.
- b) Pérdida del estado general de salud.
- c) Alguna enfermedad con peligro de muerte.
- d) Alguna enfermedad que origine una cierta incapacidad física.
- e) Alguna enfermedad que presente alteraciones estéticas.
- f) Alguna enfermedad que de alguna manera afecte a la autoestima.

En los factores bioquímicos se ha establecido que las sustancias químicas que intervienen en la transmisión de los impulsos nerviosos al cerebro están relacionados con los episodios de depresión y regocijo en la reacción maniacodepresiva y, muy probablemente, también en otras formas de depresión.

Dentro de las causas sociales se encuentran:

- a) La desintegración familiar.
- b) El divorcio.
- c) Disminución de apoyo espiritual eclesiástico.
- d) Falta de vínculos interpersonales.
- e) Aislamiento social debido a timidez, introversión, etc.

Entre los factores ecológicos que desencadenan la depresión se encuentran:

a) La contaminación atmosférica; la cual es producto de la combustión de vehículos de motor, de industrias y talleres, quema de desechos y polvo, que traen como consecuencia una pésima calidad de aire inhalado (Calderon Narváez, 1981, pág.42).

b) Los problemas de tránsito; los cuales se deben al exceso de vehículos, falta de estacionamientos y vialidad, que traen como consecuencia un incremento en el número de accidentes automovilísticos, que traen consigo pérdidas económicas, humanas, así como una disminución de las horas de descanso.

c) El ruido excesivo que proviene de autotransporte o camiones, aviones, fábricas metalúrgicas, equipos de sonido; los cuales generan en la persona insomnio, fatiga física e intelectual, irritabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, así como sordera (Calderón Narvaéz, 1981, pág.42-61).

Dentro de las causas o factores culturales Eaton y Weil llegaron a la conclusión de que las enseñanzas religiosas sobre el pecado, el sentimiento de culpabilidad, la sumisión del individuo a la estructura

social y a la prohibición de actos agresivos o de competencia predisponen a la depresión. Lo anteriormente mencionado puede variar de una cultura a otra (citado en Kolb, 1983, pág. 170).

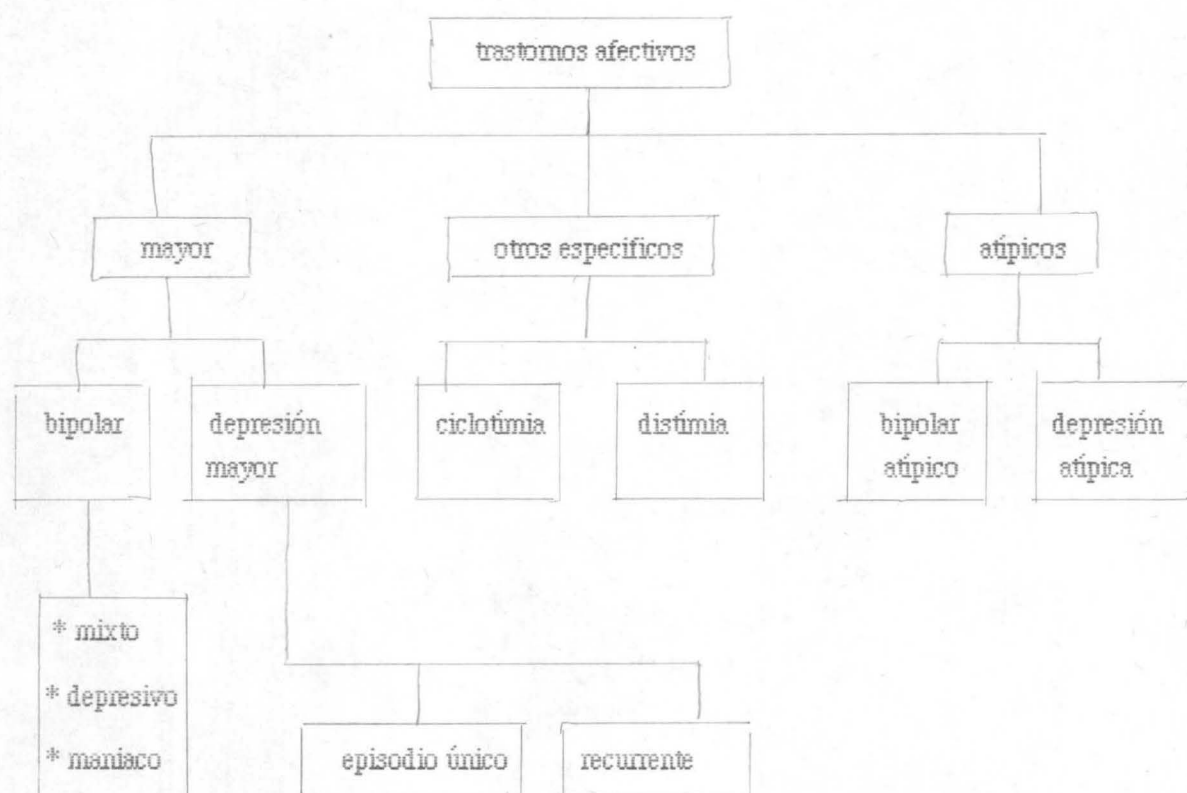
E. CLASIFICACION DE LA DEPRESION

Resulta muy difícil establecer una clasificación, debido a que cada autor que habla sobre este tema hace su propia clasificación, es por ello, que después de haber consultado autores como Kisker, Martín, Caso Muñoz, Kraft y el DSM-III, se ha decidido basar la clasificación de tal trastorno en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, este servirá como modelo, a partir del cual se agregarán otras clasificaciones, según sea conveniente y en base a los autores que con anterioridad se mencionaron.

En la clasificación de la depresión, existen períodos de manía por los que pasa una persona. En esta monografía la clasificación que se haga de la depresión se centrará solo en los períodos depresivos.

Pero para que ésta resulte una clasificación completa se mencionarán aquellos episodios en los que aparezca la manía.

A continuación se presenta el CUADRO 1 que se elaboró en base al DSM-III, acerca de la clasificación de los trastornos afectivos.



La clasificación que en la página anterior se presenta (cuadro no. 1) difiere de otras clasificaciones que se basan en distinciones dicotómicas, como neurótico vs psicótico o endógeno vs exógeno (DSM-III, 1980, pásg.220).

En el DSM-III los trastornos afectivos se dividen en: trastornos afectivos mayores (en los que hay un síndrome afectivo completo), en otros trastornos afectivos específicos (con un síndrome parcial de al menos dos años de duración), y por último, en trastornos afectivos atípicos (categoría que incluye aquellos trastornos afectivos que no pueden clasificarse en ninguna de las dos subclases específicas) (1980, pág.220).

Los trastornos afectivos mayores comprenden el trastorno bipolar y la depresión unipolar mayor, que se distinguen entre sí por la presencia de algún episodio maniaco anterior. La categoría de trastornos maniaco no se incluye en esta clasificación, en cambio se utiliza la categoría de trastornos bipolar cuando se han presentado uno o más episodios maniacos, con o sin historia de trastorno depresivo mayor (1980, pág.220).

El trastorno bipolar se subclasifica en mixto, maniaco o depresivo; la depresión mayor se subclasifica como primer episodio o recurrente (1980,pág.221).

Otros trastornos afectivos específicos comprenden los trastornos ciclotímico y el trastorno distímico. En el trastorno ciclotímico hay síntomas característicos tanto de los síndromes depresivos como maníacos, pero sin la gravedad y duración suficientes para cumplir los criterios del episodio depresivo mayor; además no se presentan períodos hipomaniacos.

Dentro de la clasificación atípica esta el trastorno bipolar atípico así como la depresión atípica.

Como se mencionó con anterioridad, esta clasificación solo se centrará en los períodos depresivos, de ahí que las explicaciones sean solo alusivas a estos episodios.

Los períodos que se explicaran del DSM-III son: los criterios diagnósticos de depresión mayor, que ya han sido mencionados (inciso b pág. 10), los trastornos distímicos y el trastorno de depresión atípica.

Criterio^s diagnósticos para trastornos distímicos según el DSM-III:

a) Durante los últimos dos años (un año para niños y adolescentes) la persona ha sido molestada la mayor parte del tiempo por síntomas característicos del síndrome depresivo pero que no son tan severos ni duraderos para llenar los criterios diagnósticos de un episodio de depresión mayor.

b) La manifestación del síndrome depresivo puede ser persistente o separada por períodos de estados normales de ánimo que duran de unos días a unas semanas, pero no que duran más que unos meses.

c) Durante el período depresivo existe un estado de ánimo-deprimido (tristeza, desánimo y decaimiento) o una pérdida marcada de interés en todas o casi todas, las actividades o pasatiempos habituales.

d) Durante los períodos depresivos están presentes al menos tres de los siguientes síntomas:

1. Insomnia o hipersomnia.
2. Baja del nivel de energía o fatiga.
3. Sentimientos de incompetencia y pérdida de autoestima.
4. Disminución de la afectividad o productividad en la escuela, trabajo o casa.

5. Disminución en la atención, concentración y habilidad para pensar con claridad.
6. Aislamiento y retraimiento social.
7. Pérdida de interés para disfrutar actividades placenteras.
8. Irritabilidad o enojos excesivos.
9. Inhabilidad para responder con interés ante premios o reforzamientos.
10. Menos activo y conversador que antes.
11. Actitud pesimista hacia el futuro.
12. Llanto fácil.
13. Pensamientos de muerte o suicidio.

e) Ausencia de características psicóticas tales como ideas delirantes.

f) Si el trastorno esta sobreimpuesto en un trastorno mental pre-existente tal como un trastorno obsesivo compulsivo o dependencia al alcohol, el estado de ánimo deprimido, por virtud de su intensidad o efecto en el funcionamiento, puede ser claramente distinguido del estado de ánimo usual del sujeto (1980,pág.233-234).

La depresión atípica es una categoría residual para aquellos sujetos que se presentan con síntomas depresivos pero que no pueden ser diagnosticados de un trastorno afectivo mayor específico, de otro trastorno afectivo específico o de un trastorno adaptativo, como ejemplos se incluyen los siguientes:

1. Un episodio inconfundible y continuo de un síndrome depresivo completo, que se desarrolló sin ninguna activación de los síntomas psicóticos en un sujeto con esquizofrenia de tipo residual.
2. Un trastorno que cumple los criterios para el trastorno distímico, sin embargo ha habido períodos intermitentes con estados de ánimo normales, que persisten más que unos meses.
3. Un episodio de depresión breve que no cumple los criterios para un trastorno afectivo mayor que, sin duda, no es una reacción a un estrés psicosocial, y por ello no puede clasificarse como un trastorno adaptativo (DSM-III, 1980, págs. 234-235).

Autores como Kisker, Kraft, Caso Muñoz, enmarcan a la depresión neurótica, psicótica e involutiva dentro de lo que sería la depresión mayor unipolar en el DSM-III.

Para ellos la depresión neurótica, es originada por la pérdida de un ser querido, de bienes materiales o tensión grave o prolongada por conflictos sin resolver. Es conocida también con el nombre de depresión reactiva o exógena. Se caracteriza por la facilidad con que

puede reconocerse la tensión desencadenante es decir, la pérdida que padece al inicio de los síntomas depresivos es fácilmente identificable por el paciente, por su familia o por su médico.

La depresión psicótica: en esta la tensión que la desencadena es más difícil de descubrir. Aquí la persona se siente tan deprimida que la realidad se distorsiona y se experimentan delirios y alucinaciones, es decir, parece encontrarse en un estado de estupor o letargo.

La diferencia entre la depresión neurótica y psicótica radica en la profundidad de la depresión y en la aparición de delirios y alucinaciones.

La depresión involutiva: se desarrolla durante la edad madura, durante las edades de 40 o 60 años y se presenta como un episodio aislado y sin períodos previos de depresión severa. Pueden manifestarse con sintomatología predominantemente paranoide y como una mezcla de rasgos paranoides y depresivos; y si no se trata puede durar un año o más.

Existen dos tipos de depresiones más que no han sido incluidas dentro del modelo DSM-III, éstas son la depresión oculta o enmascarada

y la depresión secundaria o producida por ciertos eventos específicos de la vida. Kisker y Kraft definen a la depresión oculta o enmascarada como aquel trastorno que en lugar de tener los signos usuales de la depresión, hay síntomas psicósomáticos o desequilibrios de la conducta en la forma de alguna enfermedad como lo es el alcoholismo, drogadicción o acciones antisociales. Se cree que estos tipos de conducta cubren sentimientos depresivos ocultos.

Kraft y Caso Muñoz definen a la depresión secundaria o producida por ciertos eventos específicos de la vida, como aquel estado depresivo que puede seguir o acompañar a una enfermedad, sea física o psicológica. Algunas infecciones virales como la hepatitis, pueden ser un ejemplo. Las enfermedades debilitantes crónicas con mucha frecuencia originan depresiones secundarias, como pacientes con mal de Parkinson, algunos trastornos endócrinos, etc.

También existe la depresión causada por ciertos eventos de la vida como:

1. Depresión postquirúrgica
2. Depresión postpartum
3. Depresión en el primer trimestre del embarazo
4. Depresión por drogas --
5. Depresión senil
6. Depresión por afecciones cardiovasculares, etc.

El fenómeno de la depresión ha sido uno de los trastornos psicológicos más antiguos y más dramáticos de la humanidad.

Este fenómeno forma parte de un grupo de trastornos a los que se les denomina trastornos de la afectividad, los cuales se encuentran relacionados con el estado de ánimo de una persona.

El DSM-III suministra un esquema taxonómico de estos trastornos y los divide principalmente en trastornos bipolares y depresiones mayores. El uso de esta clasificación ayuda a descubrir hasta qué punto es posible aislar los patrones típicos de los síntomas y sus causas. *Y ... ¿que es esto?*

II. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION SEGUN LA TERAPIA COGNOSCITIVA CONDUCTUAL DE A. BECK

A. RESEÑA HISTORICA DE LA INTEGRACION DE LAS TERAPIAS COGNOSCITIVA Y CONDUCTUAL.

Los primeros terapeutas de la conducta se avocaron en un principio a la conducta observable, y consideraban los pensamientos íntimos de sus clientes fuera de la cadena causal y sin importancia real, y por su afán por la objetividad trataron de entender la relación entre la conducta observable y las condiciones de reforzamiento también observables. Por lo tanto, a menudo se les consideraba unos técnicos mecanicistas que simplemente manipulaban a sus sujetos sin tenerles consideración como personas. Sin embargo, más recientemente, varios terapeutas de la conducta han tomado en cuenta la importancia de los "eventos privados", es decir, los pensamientos, las percepciones, evaluaciones y autoafirmaciones y las han considerado como procesos que median los efectos de las ---

condiciones de estímulo objetivas ayudando así a determinar la conducta (J. Coleman, J. Butcher y K. Carson, 1988, págs.656-657).

Homme (1965) un estudiante de Skinner, publicó un artículo en el cual arguía que los eventos privados eran conductas que podían analizarse objetivamente. Propuso que los pensamientos se consideraban eventos emitidos internamente, comparables a los eventos emitidos externamente, y que se desarrollara una tecnología para modificar los pensamientos mediante el uso de los mismos principios que probaban ser tan eficaces para cambiar la conducta externa. Estos eventos privados internos los llamó "coverantes" y los consideró como ^{Operantes} ~~operantes~~ de la mente. Después del "conductismo coverante" de Homme, muchos otros investigadores empezaron a aplicar los principios del condicionamiento para los eventos encubiertos, como lo son los pensamientos y las ideas (citado en Coleman y col., 1988, pág.657).

La Terapia Cognoscitiva Conductual, como el nombre lo indica, se origina tanto en la psicología cognoscitiva, con su énfasis sobre los efectos de los pensamientos sobre la conducta, y en el conductismo, con su metodología rigurosa y su orientación hacia la actividad. Hasta hoy en día no existe un método singular de operación dentro de

la Terapia Cognitiva-conductual ya que se desarrollan numerosos métodos con enfoques diferentes. Sin embargo, parece que hay dos temas generales que le son característicos: a) La convicción de que los procesos cognitivos influyen tanto en la motivación como en la conducta y b) el uso de las técnicas de modificación de conducta de una manera pragmática (por prueba de hipótesis). Esto es, las sesiones de terapia son análogas a los experimentos en que el terapeuta y el cliente aplican los principios de aprendizaje para alterar las cogniciones del cliente, con la evaluación continua de los efectos que se producen de los cambios de cogniciones sobre los pensamientos y la conducta manifiesta (Shaw, B.F., 1977,pág.544).

B. CRITERIO Y CARACTERISTICAS COMPARTIDAS ENTRE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA Y LA COGNOSCITIVA.

Aunque hay muchos tipos de terapias de la conducta y cognoscitivas, tienen en común varios elementos que constituyen una parte central subyacente y un raciocinio teórico, y el criterios del

terapeuta de la conducta o cognoscitivo abarca un procedimiento implícito en cinco etapas:

1. Se valora al individuo en busca de "síntomas" de disfunción de la conducta que pueden descubrirse por medio de la observación directa (por ejemplo: alimentación, tartamudeo y llanto), verbalización de pensamientos y sentimientos (por ejemplo: pensamientos suicidas y depresión) y mediciones clínicas (por ejemplo: presión arterial, frecuencia cardíaca, etc.) En ambas técnicas terapéuticas el problema se define en términos de conductas específicas que afectan el funcionamiento del sujeto (por ejemplo, alucinaciones en público); a este último suele considerarse como cliente y no como paciente, debido a que el modelo teórico en el que se basan no es estrictamente médico (Shaw, B.F., 1977, pág.543).

2. Terapeuta y cliente establecen las finalidades del tratamiento. Orientándose principalmente sobre las conductas específicas que hay que cambiar.

3. Además de definir al problema en términos de conducta, el terapeuta valora las condiciones que conservan o minimizan estas conductas. A las etapas 1 y 3 se les conoce como análisis de la

conducta (Shaw, B.F., 1977, pág.544).

4. Al empezar métodos apoyados por teorías y observaciones de literatura, el clínico someta a prueba la hipótesis de causa y efecto al alterar la conducta o el ambiente (o ambas cosas) y observa los efectos de la alteración sobre las acciones, los pensamientos y los sentimientos disfuncionales del cliente (Shaw, B.F., 1977, págs.544-545).

5. A partir de la observación y la comprobación sistemática de los cambios de la conducta, el clínico revisa las hipótesis o prosigue con el tratamiento hasta que se llega a las finalidades del mismo, es decir, cuando se hayan cambiado las conductas blanco (Shaw, B.F., 1977, pág.546).

Además de compartir el criterio científico empírico señalado con anterioridad, las terapias de la conducta y cognoscitiva tienen otras características en común:

1. El tratamiento requiere acción lo mismo que discusión. A menudo es directivo, estructurado y breve o de tiempo limitado.
2. El cliente debe ser un participante responsable del tratamiento capaz de lograr el cambio personal.

3. Se insiste en los aspectos determinantes actuales (aquí y ahora) de la conducta más que en los aspectos determinantes históricos (allá y entonces).

4. Se asume que la conducta humana sigue leyes naturales.

5. Se asume que la conducta de las personas refleja su adaptación al ambiente, y no necesariamente trastornos patológicos subyacentes.

6. Se asume que se puede cambiar la conducta directamente sin cambiar la temática de la personalidad.

7. Pueden efectuar el tratamiento personas paraprofesionales, personas ajenas a la profesión importantes para el cliente e incluso los propios clientes.

8. El tratamiento entraña a menudo "tareas en casa". Solo en casos raros se confina el tratamiento a una o dos horas a la semana con el terapeuta. Por lo general, el cliente efectúa entre las sesiones ejercicios, pruebas, prácticas y otras actividades (McLean, Argston y col., 1983, págs.223-225).

C. TENDENCIAS RECIENTES DE AMBAS TERAPIAS.

Son dos las tendencias manifiestas: a) la terapéutica de la conducta se esta volviendo cada vez más cognoscitiva en su criterio. Quizá la fusión de la tecnología de la terapéutica de la conducta con las preocupaciones clínicas de los terapeutas cognoscitivos ha impedido lo que Kelly (1963), uno de los primeros teóricos del campo cognoscitivo, llamó "el endurecimiento de las categorías". b) Los criterios de la conducta y cognoscitivos se estan integrando con la teoría psicodinámica y el ejercicio de la misma ^{citado en} (Goldman, 1987, pág.569).

Estas dos tendencias se ilustran en los objetivos de los criterios de Meichenbaum (1978):

1. Ayudar a aclarar o señalar la naturaleza actual del cliente.
2. Reducir el afecto desagradable mediante repetición de la fantasía o la conducta.
3. Enseñar al cliente a distinguir entre la realidad y la fantasía.

4. Enseñar al cliente a hacer distinciones aún más precisas entre los aspectos impulsivos, motivacionales, cognoscitivos y de la conducta de su problema.

5. Enseñar al cliente a controlar su conducta o sus conocimientos.

6. Incrementar la capacidad del cliente de reconocer la irracionalidad de sus creencias o su conducta.

7. Disminuir la convicción de la supuesta inevitabilidad de las consecuencias desastrosas e incrementar la percepción realista de los problemas externos.

8. Hacer que el cliente que no se ha percatado de las cosas se percata de ellas.

Los ocho componentes de este criterio clínico tienen un núcleo común que refleja la finalidad de las terapéuticas de la conducta y cognoscitiva: Ayudar a los clientes a desarrollar una sensación de mayor de control sobre sus vidas interiores y su conducta interpersonal. (citado en Goldman, 1987, pág.570).

Existen numerosas formas de terapia cognoscitiva conductual, como la terapia racional emotiva de Ellis o la de entrenamiento de inoculación de estres de Meichenbaum por citar algunas. En esta --

revisión se centrará la atención exclusivamente en la terapia de re-estructuración cognoscitiva de A. Beck.

D. ¿QUE ES LA TERAPIA COGNOSCITIVA CONDUCTUAL?

La terapia cognoscitiva conductual, es una alternativa estructurada, activa, directiva y de tiempo limitado, que ha sido utilizada en el tratamiento de diversos problemas psicológicos tales como la depresión, ansiedad y fobias. Recientemente su campo de acción se ha ampliado abarcando problemas clínicos variados: abuso de alcohol y otras sustancias, soledad, obesidad, disfunciones sexuales y alteraciones de tipo somático (Rush A.J., Beck A.T., 1977, pág.202).

Las finalidades de esta modalidad de tratamiento consisten:

a) Hacer que los clientes se percaten de sus deformaciones cognoscitivas mediante una psicoterapia b) Lograr los cambios mediante la corrección de estas deformaciones (Beck y col., 1979, pág.63).

a. Desarrollo histórico.

El modelo de la terapia cognoscitiva conductual (de reestructuración cognitiva) debe su origen a los estudios sistemáticos de A. Beck acerca de la depresión. En sus primeras investigaciones, Beck intentó la validación científica de la concepción freudiana de los trastornos depresivos. Punto de partida de sus estudios fué la hipótesis psicoanalítica de que "las tendencias masoquistas" comprobables en depresivos están fundamentadas en su necesidad de sufrimiento que es interpretable como una agresión internamente dirigida. (Zermeño, 1982, pág.114).

Varias decepciones en este sentido, le impulsaron a abandonar el campo psicoanalítico sin embargo, lo anterior, le sirvió para observar que los individuos depresivos no buscaban el fracaso sino que eran incapaces de reconocer el éxito cuando este se presentaba. Posteriores estudios confirmaron la tendencia de los depresivos a preocuparse por sus supuestos atributos personales negativos (Rush, 1982, pág.624).

Con frecuencia esta concepción negativa, evidente en sus autodescripciones, parecía mostrar una cualidad bastante estereotipada en estas personas. Además sus afirmaciones solían ser muy imprecisas,

y por lo general inapropiadas a las distintas situaciones particulares. Estas manifestaciones no parecían ser fruto del azar, sino reflejo de una consciente orientación negativa hacia ellos mismos (Harrison, Beck y Buceta, 1984, pág. 624).

Estas primeras observaciones sugirieron a Beck una línea de investigación continua, que a lo largo de los años ha contribuido tanto a una mejor elaboración del rol de las cogniciones en la depresión, como a la aportación de estrategias y procedimientos de orientación cognoscitiva-conductual capaces de aliviar este trastorno afectivo (Rush, 1982, pág.147).

En 1977 la terapia cognoscitiva conductual afrontó su primera prueba científicamente controlada, comparándose su eficacia con la de una alternativa conocida y ampliamente utilizada en el tratamiento de la depresión: los antidepresivos tricíclicos. La muestra fué cuidadosamente seleccionada, limitándose a depresivos con alteraciones primarias, unipolares y exentas de síntomas psicóticos; quedando además excluidos de la misma aquellos que con anterioridad han respondido a la acción de los antidepresivos tricíclicos. Después de doce semanas de tratamiento, ambos grupos de depresivos (uno tratado

con Terapia Cognoscitiva Conductual y otro con antidepresivos) mostraron una disminución, estadísticamente significativa, en su sintomatología; si bien los cuestionarios de autoevaluación como las observaciones clínicas efectuadas expresaron una mayor mejoría en aquellos que siguieron la alternativa cognoscitiva conductual. El 78.9% de los pacientes sometidos a éste procedimiento presentaron una considerable reducción o una completa remisión de síntomas, frente al 22.7% de los tratados con farmacoterapia. Además el número de abandonos durante la intervención terapéutica fue significativamente mayor en estos últimos. Seguimientos después del tratamiento de 3 y 6 meses, y un año confirmaron los resultados obtenidos.

Asimismo, el 68% de los intervenidos con antidepresivos de nuevo requirió ayuda terapéutica, en contraste con el 16% de los expuestos a la terapia cognoscitiva conductual. La importancia de este estudio radica en que, por primera vez, una alternativa psicoterapéutica mostraba científicamente ser más efectiva que la ^{Medicación} medicación en el alivio de los síntomas depresivos (Kovacs, Rush, Beck y Hollon, 1981, pág.33-39).

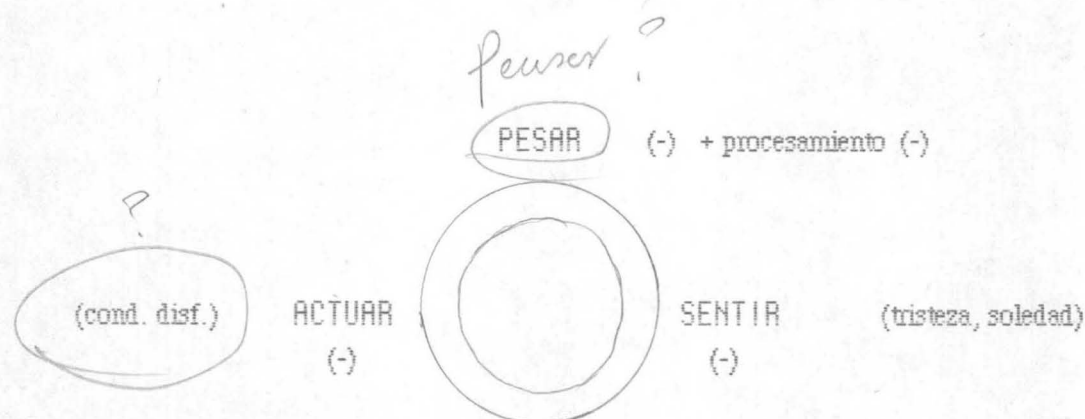
Es importante aclarar que la terapia cognoscitiva conductual hasta la fecha ha mostrado su utilidad únicamente en el tratamiento de estados depresivos unipolares y carentes de manifestaciones psicóticas, por lo que en la actualidad no se recomienda su utilización en el caso de otras variantes de la depresión (Beck A.T., 1976, pág.18).

E. CONCEPTOS BASICOS UTILIZADOS EN LA TERAPIA COGNOSCITIVA CONDUCTUAL.

a. Razonamiento Terapéutico.

Como su nombre implica, esta forma de terapia concede una importante atención a la exploración y modificación de la estructura cognoscitiva de los pacientes. Esta estructura no sólo abarca el contenido del consciente del individuo (ideas, imágenes, memorias), sino también los procesos cognoscitivos (atención, razonamiento, --

recolección, expectación), mediante los que se deduce dicho contenido. La depresión parece caracterizarse por una presencia masiva de contenidos de pensamiento negativo y por alguna deficiencia en el proceso cognoscitivo, que facilita el automantenimiento de estos contenidos. En la terapia cognoscitiva conductual; cognoscitiva se refiere a nuestros pensamientos y conductual se refiere a nuestras acciones. La depresión tiene que ver principalmente con nuestros sentimientos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, págs.14-23).



Cuadro No. 1 (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, pág.15)

El cuadro No.1 del modelo cognoscitivo sugiere que tanto un estilo negativo de pensamiento como un defectuoso procesamiento de la --

información constituyen manifestaciones sintomáticas del síndrome clínico depresivo, tal y como lo son la tristeza y diversas conductas disfuncionales. En ningún momento se intenta presentar esta forma maladaptativa de pensamiento como elemento causal de la depresión, ya que sería como asegurar que las ilusiones y alucinaciones causan la esquizofrenia. Desde la perspectiva terapéutica es suficiente afirmar que la supresión de dicho estilo negativo tiende a aliviar la sintomatología depresiva en las esferas afectiva y conductual. La última causa del síndrome aún permanece oscura, e incluso podría ser que no existiese una entidad etiológica singular (Buceta, 1982, pág. 40).

Uno de los objetivos más importantes de la terapia es disminuir el sufrimiento del paciente mediante la sustitución de las estructuras cognoscitivas irracionales o disfuncionales. Punto esencial de la intervención es que el individuo depresivo sea capaz de conocer e identificar cuales pensamientos y acciones influyen sus sentimientos para poder aprender de esta manera a obtener un mayor control sobre sus sentimientos (Rush, Giles, Dougherty y Sullivan, 1980, págs.94-95).

b. La terna Cognoscitiva.

La terna cognoscitiva está constituida por tres contenidos principales, característicos del pensamiento de las personas que sufren la depresión. Estos se encuentran relacionados con la visión negativa de:

1. SI MISMOS (Falta de atributos esenciales para lograr la felicidad, autoestima y seguridad).
2. DEL AMBIENTE (El ambiente impone demandas exorbitantes al paciente y presenta obstáculos insuperables para realizar metas).
3. DEL FUTURO (La anticipación del sufrimiento va a continuar indefinidamente. Esta desesperanza en su forma extrema es un fuerte predictor de intentos suicidas) (Rush J., 1982 págs. 153-155).

c. Esquemas.

El concepto negativo de la terna cognoscitiva parece estar organizado en el consciente del individuo mediante esquemas. Estas son estructuras cognoscitivas básicas, que guían la organización, al-

macenamiento y reintegración de las cogniciones. Un esquema constituye la clave para cifrar, categorizar y evaluar las propias experiencias. Como ejemplo, es probable que distintos observadores difieran en la forma de ver el mismo cuadro de pintura moderna (Rush, Beck, 1979, págs.204-205).

En los estados depresivos llegan a activarse esquemas funcionales negativos que tienden a influenciar el pensamiento del individuo. Estos esquemas es probable que se formen poco a poco, a través de diversas experiencias, permaneciendo dormidos en períodos depresivos y activándose cuando se precipitan episodios de depresión. A medida que la condición clínica empeora, los esquemas facilitan una mayor deformación de la realidad y los pensamientos repetitivos y negativos aumentan con frecuencia e intensidad, hasta convertirse en característica permanente del funcionamiento de la persona afectada (Rush y Beck, 1977, págs. 206-208).

d. Errores cometidos en el procesamiento de información.

En el proceso de ignorar o negar nuevos datos que pueden estar en conflicto con los esquemas disfuncionales establecidos, los pacientes depresivos suelen cometer una serie de errores en el procesamiento de la información. Algunos de los más comunes son los siguientes:

1. Inferencia arbitraria: es el proceso de llegar a una conclusión específica en ausencia de datos empíricos que la apoyen. Es decir, el depresivo formula conclusiones a partir de premisas ilógicas.

2. Abstracción selectiva: se produce cuando una persona fija su atención en un detalle determinado fuera de contexto, ignorando las características más centrales a la situación correspondiente, y desembocando en una conclusión a la luz de dicho detalle irrelevante.

3. Sobregeneralización: esta se da cuando el depresivo diseña una norma o conclusión general a partir de uno o más incidentes aislados, aplicando el concepto a otras situaciones que nada o poco tienen que ver con aquellos eventos.

4. Magnificación y minimización: aparecen estos errores en ocasiones en que la significación de un acontecimiento es considerada crucial o trivial respectivamente, cuando una evaluación objetiva del evento no comparte dichas apreciaciones subjetivas extremas.

5. Personalización: tendencia a relacionar acontecimientos externos con la propia persona, aún cuando no existe ningún indicio lógico apoyando la conexión.

6. Pensamiento dicotómico: expresado en la inclinación a catalogar las diversas experiencias en categorías opuestas (competente o incompetente, bueno o malo, etc.) (Rush, Giles Dougherty y Sullivan, 1980, págs. 96-97).

Parece evidente, por lo tanto, la tendencia de los individuos depresivos a utilizar formas relativamente primitivas en la conceptualización de sus experiencias, que derivan en la deducción automática de conclusiones. Este estilo de pensamiento automático, suele ser extremista, negativo, categórico, absoluto y sentencioso, y contrasta con el análisis lógico de la información previo a la conclusión, característico de modos más maduros de pensamiento (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, pág.113).

El modelo cognoscitivo conductual sugiere que, diversas situaciones en la vida del individuo facilitan la formación paulatina de esquemas disfuncionales y con contenido negativo acerca de uno mismo, las experiencias propias y el futuro. Durante algún tiempo, es probable que éstas estructuras primitivas se utilicen únicamente en ocasiones aisladas, en que determinadas experiencias personales son subjetivamente apreciadas como una amenaza a los intereses vitales (Harrison, Beck y Buceta, 1984, pág.630).

Las características formales del pensar depresivo, según A. Beck, son las siguientes: a) Designación inexacta, como designar hechos sin tino; b) Automatismo, se presentan en forma inconsciente en la persona; c) Involuntariedad, ya que se presentan aún cuando la persona no los desea; d) Plausibilidad, pues la persona les atribuye credibilidad y e) Perseveración, ya que son recurrentes sumamente persistentes (Rush, Shaw y Khatami, 1980, págs.112-113).

F. PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

a. Requisitos Necesarios para la terapia.

El terapeuta que se dedica al tratamiento de la depresión debe tener un amplio conocimiento del fenómeno de la depresión. Los textos de Beck son considerados, por investigadores y psicoterapeutas de distintas tendencias, una aportación clave en este sentido, cuya lectura y estudio se aconsejan (citado en Buceta, 1982, pág. 61).

Los intentos de suicidio se encuentran frecuentemente ligados a casos de depresión y, por ello, el terapeuta debe de ser capaz de evaluar el riesgo existente en cada paciente o cliente.

Si se pretende ser un terapeuta, el primer requisito consiste en ser un psicoterapeuta, capaz de responder al cliente con interés aceptación y empatía. Algunos clínicos se "enamoran" tanto de las técnicas que incluso llegan a menospreciar o descuidar la relación terapéutica con el cliente. Otros se preocupan en exceso por el dominio de los aspectos técnicos y actúan faltos de naturalidad.

También los hay que, por miedo a cometer errores, son excesivamente cautos y llegan a desconcertar al cliente (Buceta, 1982, pág.63).

Aunque este modelo intenta reducir la depresión a un número limitado de conceptos, el terapeuta no debe caer en el error de realizar su trabajo como "siguiendo las instrucciones del libro de cocina", ya que cada paciente presenta una estructura psicopatológica propia, que exige una conceptualización individualizada. (Buceta, 1982, pág.64).

Entre los elementos terapéuticos más importantes se encuentran: que el terapeuta entienda los significados de las verbalizaciones del cliente, que no sea demasiado didáctico en la práctica terapéutica, evitando continuas interpretaciones abiertas de las afirmaciones del paciente. Son preferibles preguntas orientativas que permitan al individuo depresivo elaborar sus propias inferencias, mediante la [✓] autoreflexión acerca de un determinado aspecto, a métodos directos de persuasión o interpretaciones del terapeuta (Taylor y Marshall, 1977, pág.70).

b. Estrategias Generales del Tratamiento.

En líneas generales, el terapeuta debe comprometer al cliente en una activa investigación empírica acerca de sus pensamientos, inferencias, sentimientos, conclusiones y asunciones. El contenido de las sesiones ha de centrarse en problemas de "aquí y ahora", evitando las interpretaciones acerca de factores o procesos inconscientes. En definitiva, el intento terapéutico consiste en delimitar las creencias disfuncionales del depresivo y posteriormente comprobar su validez (Muñoz, 1982, págs. 5-6).

A continuación se presentan en cinco pasos las estrategias básicas del tratamiento:

Paso I. Identificar y monitorear los pensamientos automáticos disfuncionales.

Paso II. Reconocer la conexión que existe entre los pensamientos, sentimientos y acciones. (lista de pensamientos positivos y negativos)

Paso III. Evaluar la lógica o sentido de los pensamientos automáticos.

Paso IV. Substituir los pensamientos automáticos disfuncionales por pensamientos más razonables.

Paso V. Identificar y alterar presuposiciones silenciosas disfuncionales (Muñoz, 1982, págs. 6-10).

c. Consideración del tiempo.

La terapia cognoscitiva conductual se desarrolló dentro de una estructura de tiempo limitado, tanto en la extensión del programa terapéutico como en la duración de las distintas sesiones. "De hecho el manual de tratamiento más amplio, existente hasta la fecha, incluye veinte sesiones, y estas no suelen extenderse más de cuarenta y cinco minutos" (Beck, 1979, pág.51).

La experiencia suele demostrar que, finalizada la terapia, es posible que algunos pacientes necesiten de nuevo la ayuda del terapeuta. El cliente depresivo debe conocer esta posibilidad con antelación, previniéndose así que él considere como fracaso la vuelta al tratamiento, y también, que en esta línea perceptiva retrase su --

nueva petición de ayuda hasta que el problema vuelva a ser grave. En cuanto a las sesiones de seguimiento, su importancia radica en que faciliten la consolidación de los beneficios obtenidos durante la terapia, por lo que deben de programarse aún en la ausencia de síntomas depresivos (Rush y Beck, 1977, pág. 218).

d. Procedimientos de Orientación.

Una orientación preliminar, acerca del modelo cognoscitivo conductual y de los objetivos y procedimientos terapéuticos contribuye al conocimiento de las explicaciones y detalles básicos de la terapia, y facilita una mejor disposición del paciente hacia sí mismo. Beck y Greeberg en 1974 elaboraron un pequeño folleto, dirigido al cliente depresivo, que cumple con este cometido. El paciente lo recibe en su primer contacto con el centro o lugar donde impartan la terapia y se le invita a que lo lea en su casa. Numerosos casos clínicos han demostrado la utilidad de este procedimiento (citado en Harrison, Beck y Buceta, 1984, pág.633).

e. Técnicas Cognoscitivas y Conductuales.

Las técnicas conductuales van de la mano de las cognoscitivas, ya que las técnicas conductuales se han utilizado para probar y cambiar cogniciones maladaptativas o inadecuadas.

A continuación se enumeran las principales técnicas y componentes del tratamiento de la Terapia Cognoscitiva Conductual:

1. Enseñar el automonitoreo de actividades.
2. Enseñar el automonitoreo del estado de ánimo.
3. Enseñar automonitoreo de pensamientos.
4. Tareas graduales asignadas -enseñar como ponerse metas apropiadas.
5. Enseñar la autoevaluación de logros conductuales -técnicas de dominio y placer.
6. Enseñar autorreforzamiento de logros conductuales.
7. Dar instrucciones de control geográfico de pensamientos negativos.
8. Dar instrucciones sobre el control temporal de los pensamientos negativos.
9. Enseñar a identificar el pensamiento ("Thought catching").

10. Enseñar el distanciamiento de los pensamientos etiquetándolos como hipótesis.
11. Enseñar cómo evaluar la evidencia de las hipótesis (prueba de realidad).
12. Enseñar cómo lidiar con las implicaciones de la evaluación del pensamiento.
13. Enseñar como encontrar respuestas racionales alternativas a los pensamientos negativos.
14. Enlistar autodescripciones positivas.
15. Utilizar el principio de Premack para aumentar pensamientos o actividades de baja frecuencia.
16. Manejo de contingencias.
17. Ejercicios de entrenamiento de habilidades sociales (asertividad).
18. Moldeamiento.
19. Desensibilización sistemática.
20. Relajación y desensibilización (para componente ansioso e insomnio inicial).
21. Ensayo de roles (Role playing).
22. Entrenamiento cognoscitivo.

23. Enseñar cómo utilizar contratos recíprocos en las relaciones interpersonales.

24. ^{Definir} Deneter el pensamiento y/o distracción.

25. Dar instrucciones para aumentar actividades previamente (y potencialmente) agradables (Hammen y Glass, 1985, págs.723-727).

2.1 Técnicas conductuales.

El análisis de los registros semanales ayudará al terapeuta a desarrollar estrategias que mejoren el funcionamiento adaptativo del depresivo. Actividades en que el paciente experimenta un cierto grado de placer, pueden ser asignadas dentro del trabajo a realizar entre sesiones, elevando, de este modo, su frecuencia. Otras ocupaciones, con probabilidades de que gusten al cliente, pueden ser sugeridas a nivel experimental. Actividades específicas, antagónicas a la depresión, pueden programarse en períodos en que acorde con el registro existe una mayor propensión a conductas o auto-diálogos de carácter depresivo (Harrison, Beck, Buceta, 1984, pág.636).

Es importante observar cómo reacciona el paciente ante estas asignaciones de tareas entre sesiones o deberes para casa, y conversar, abiertamente, acerca de sus posibles reservas y dificultades. Muchos depresivos, operan bajo la asunción "cuando me encuentre mejor seré capaz de hacer estas cosas". En estos casos, el terapeuta debe sugerir el proceso opuesto como más probable: mientras ocupa su tiempo en actividades que le gustan, aumenta la probabilidad de que se encuentre mejor. Cliente y terapeuta deben plantear las diversas actividades "entre sesiones" a modo de experimentos que permitirán observar, empíricamente, si se producen o no cambios en el estado de ánimo del depresivo y, también, si sus asunciones previas se apoyan en una base real o, por el contrario, son meras hipótesis transformadas de forma maladaptativa en hechos contrastados objetivamente.

Cuando una tarea en particular presenta un índice de dificultad elevado, debe dividirse en elementos más pequeños. Inicialmente el paciente afrontará las "subtareas" más fáciles, continuando, de forma progresiva, con otras cada vez más complejas. La utilización de este procedimiento aumenta la probabilidad de éxito y eleva la confianza

del depresivo en sí mismo y su motivación por el programa terapéutico.

Estos ejercicios, aunque conductuales en su naturaleza, facilitan oportunidades para la evaluación y el tratamiento cognitivos. De hecho, las tareas experimentales no cumplen únicamente los objetivos ya mencionados, sino que además permiten la recolección de creencias y expectativas previas, que pueden proporcionar ideas respecto a la forma en que el depresivo aborda sus actividades diarias; siendo también valiosas ocasiones para la autodetección de pensamientos disfuncionales y la auto-observación de su efecto maligno en el estado de ánimo y la motivación.

Asimismo, el paciente puede aprender métodos de carácter cognitivo, que le ayuden en la ejecución de los experimentos asignados, cuya satisfacción reforzará, a su vez, la utilización de estrategias adaptativas. Diversos autores han observado que la combinación apropiada entre técnicas conductuales y cognitivas constituye un elemento de gran importancia en el desarrollo de este modelo terapéutico (citado en Harrison, Beck, Buceta, 1984, pág.638).

2.2 Técnicas cognitivas.

Los pacientes depresivos tienden a considerar sus opiniones y pareceres subjetivos como hechos objetivos de probable validez. La terapia cognitiva intenta modificar esta valoración errónea, mediante el desarrollo de la capacidad de análisis de los propios pensamientos, imágenes o asunciones que aparecen de forma automática, sin lógica alguna, y se aceptan sin la mínima disputa. El objetivo del intento consiste en que el cliente aprenda a reconocer estas formas automáticas de pensamiento, las considere meras hipótesis (en vez de hechos), las analice en base a la evidencia empírica de que dispone, tenga en cuenta otras explicaciones alternativas y adopte la solución más productiva. (Harrison, Beck, Buceta, 1984, pág.639).

A. Beck y colaboradores han desarrollado un modelo ^{cognitivo} cognitivo conductual específico para la depresión. Este modelo surgió de la observación clínica sistemática y de la comprobación experimental, como otra alternativa a las corrientes psiquiátricas, bioquímicas y psicoanalistas.

El modelo sostiene que la depresión o su manifestación está determinada por la forma como el sujeto percibe y estructura sus experiencias. Es decir, los síntomas del síndrome depresivo son una consecuencia de la activación de patrones cognitivos que implican básicamente la tríada cognitiva: a) una visión negativa de sí mismo, b) tendencia a interpretar sus experiencias actuales en forma negativa y c) visión negativa sobre el futuro.

En esta teoría se reconoce otro concepto importante, la organización estructural del pensar depresivo. De acuerdo a Beck, el depresivo, ha tenido a lo largo de su desarrollo determinadas experiencias negativas que le han quedado fijadas en forma de esquemas cognitivos. Estas son estructuras que llevan a la percepción, codificación y evaluación selectiva de estímulos en la forma de tríada antes mencionada.

Esta alternativa de tratamiento ha demostrado ser efectiva sobre todo en depresiones unipolares mayores, donde no se presenten síntomas psicóticos. (Lina...)

III. APLICACION DE LA TERAPIA COGNOSCITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO DE DEPRESION

Rush, Khatami y Beck (1975) informaron sobre varios casos de tratamiento exitoso utilizando la clarificación cognoscitiva y las asignaciones conductuales para pacientes con depresión crónica recurrente. Este enfoque queda ilustrado en el siguiente historial del caso:

El primer episodio depresivo de un ingeniero, blanco, de 53 años, que se le había presentado 15 años atrás necesitó de varios meses de ausencia en el trabajo. Después de los medicamentos y de la psicoterapia estuvo asintomático hasta hace cuatro años. En este tiempo la tristeza, el pesimismo, la pérdida del apetito y de peso y un consumo exagerado de bebidas alcohólicas volvieron a presentarse.

Dos años después se le hospitalizó durante seis semanas y se le trató con litio y con imipramina; a partir de ahí tuvo otras tres hospitalizaciones posteriores en las que se probó el uso adecuado de las tricíclicas. Durante su última hospitalización, dos semanas antes de comenzar el tratamiento con la terapia cognoscitiva conductual, se le habían dado 10 sesiones de terapia electroconvulsiva, lo que hizo que sus síntomas fueran parcialmente aliviados.

Cuando el paciente empezó la terapia cognoscitiva conductual daba muestras de un moderado retraso psicomotor, estaba angustiado, triste, temeroso y pesimista. Se autodespreciaba y se autorreprochaba y no

tenía ningún interés en la vida. Reportó una disminución en su apetito, que se despertaba muy temprano, que no tenía ningún interés sexual y que se preocupaba por su salud física. Inicialmente se le trató con sesiones semanales durante 3 meses, después con sesiones cada dos semanas durante dos meses. El tratamiento terminó después de cinco meses y consistió en 20 sesiones; se le evaluó 12 meses después de concluir la terapia.

El terapeuta y el paciente pusieron una meta inicial de que él se volvería físicamente más activo (es decir, que haría más cosas sin importar que tan insignificantes o triviales fueran). El paciente y su esposa mantuvieron una lista por separado de sus actividades, que incluía barrer las hojas, cenar, ayudar a su mujer en las ventas, etc. La distorsión de sus cogniciones fue identificada mediante la comparación de su evaluación y la de su mujer, en las dos listas, y entonces se consideraron maneras alternativas de interpretar sus experiencias.

Al comparar el resumen de su mujer de las experiencias pasadas, él se dió cuenta de que: a) sobreevaluaba su pasado al omitir la mención de muchos logros previos, b) se consideraba mucho más culpable por sus fracasos de lo que lo consideraba su esposa, y c) concluía que no tenía ningún valor dado que no había tenido éxito para lograr ciertas cosas en el pasado. Cuando se contrastaron las dos listas pudo discernir muchas de sus distorsiones cognoscitivas. En las sesiones posteriores, su esposa continuó sirviendo como "objetivadora".

A mitad de la terapia, el paciente recopiló una lista de nuevas actitudes que había adquirido desde que se había iniciado la terapia, que incluían:

1. Estoy empezando a un nivel bajo de funcionamiento en mi trabajo, pero mejoraran si persisto.
2. Ya se que una vez que empiezo a hacer algo en la mañana, todo va a salir bien el resto del día.
3. No puedo lograrlo todo al mismo tiempo.
4. Tengo períodos de buenas y malas, pero de manera general me siento mejor.
5. Mis expectativas, tanto de mi trabajo como de mi vida, deben rebajarse a un nivel de realidad.
6. El rendirse y buscar la evitación no ayuda para nada y solo sirve para más evitación.

Se le dieron instrucciones para que relejera esta lista diariamente durante varias semanas, aunque él ya supiera el contenido. Se continuó haciendo este registro, y se le fueron sumando sugerencias subsiguientes, si se le comparaba con la lista de ambas.

A medida que el paciente se tornaba menos deprimido, regresó a su trabajo por primera vez en 2 años, y empezó a llevar a cabo actividades nuevas (acampar, salir fuera de la ciudad) mientras continuaba su registro (págs. 400-401).

Citasso a:

El foco de atención de esta terapia se puso en alentar al paciente a re-estructurar el contenido de sus pensamientos, a reducir sus autojuicios negativos y a evaluar sus logros actuales de manera más realista. Al hacer y revisar la lista de sus nuevas actitudes, el paciente fué ganando una nueva perspectiva de su situación de vida, lo que dió por resultado un estado de ánimo mucho mejor, menos culpas y más voluntad para arriesgarse a probar conductas alternativas.

GLOSARIO

* ACTIVIDADES.- conductas ejecutadas durante el día o la noche.

* ASERTIVIDAD.- la conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos. . El entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar esa conducta de manera socialmente apropiada.

* AUTOEVALUACION.- auto exámen a través de la reflexión.

* AUTOMONITOREO.- se refiere al autoregistro de las propias actividades o de las conductas.

* AUTOREFORZAMIENTO.- es una técnica conductual que significa la autorecompensa por el logro o aproximación del objetivo conductual.

- * CONDUCTAS BLANCO.- aquellas que han de cambiarse.
- * CONTRATOS CONDUCTUALES.- convenios establecidos acerca de los objetivos y procedimientos utilizados acordados conjuntamente por el cliente y el terapeuta u otras personas interesadas y que pueden modificarse mediante acuerdos mutuos.
- * DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.- es una técnica conductual que utiliza la relajación muscular profunda para inhibir los estímulos graduados provocadores de ansiedad.
- * ENSAYO DE ROLES.- es una técnica asertiva que consiste en la repetición de conductas que el cliente desea adoptar en el futuro.
- * ENTRENAMIENTO COGNOSCITIVO.- comprende varias técnicas cognoscitivas como detención del pensamiento, asersión cubierta entrenamiento en re-atribución, etc. con esta el cliente puede llegar a modificar sus sentimientos y sus acciones, a través de la influencia sobre sus patrones de pensamiento.
- * ESTADO DE ANIMO.- manera o modo de sentirse en determinado momento o situación.
- * HIPOTESIS.- suposición acerca de una idea, conducta, etc, sujeta a comprobación.

- * LOGROS CONDUCTUALES.- éxito obtenido en las conductas que se propusieron cambiar.
- * MANEJO DE CONTINGENCIAS.- una contingencia es la relación entre una conducta (la respuesta que se va a cambiar) y los eventos (consecuencias) que le siguen a la conducta. Por lo tanto el manejo de contingencias se refiere a la presentación y retiro de contingencias de recompensas y castigos.
- * METAS.- objetivos a lograr.
- * MOLDEAMIENTO.- desarrollo de una nueva conducta al reforzar las aproximaciones sucesivas hacia la respuesta terminal.
- * PENSAMIENTOS .- ideas, abstracciones.
- * PRINCIPIO DE PREMACK.- es un principio que establece que a partir de cualquier par de respuestas o actividades en las cuales se ocupa libremente un individuo, la más (+) frecuente reforzada a la (-) frecuente.
- * RESPUESTAS RACIONALES.- conductas coherentes con la realidad y fundamentadas en la lógica tradicional.

CONCLUSION

Como resultado de la elaboración de esta monografía pudo observarse que: la depresión no es un fenómeno exclusivo de la época contemporánea, sino que ha sido una anomalía que ha estado presente desde los comienzos de la historia. El concepto en sí resulta coantroversial, ya que se le ha utilizado para referírsele a un síndrome, a un síntoma y a una enfermedad. El DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos mentales) la ha clasificado dentro del grupo de lo que serían transtornos de la ^a efectividad, y estos a su vez forman parte de toda una clasificación de los transtornos mentales.

Es importante tener en consideración cuando se va a emitir un juicio o se va a dar una definición, en este caso sobre depresión bajo qué parámetro se está, ya que de una cultura a otra los parámetros son muy distintos y lo que pueda resultar óptimo y favorable para una cultura para otra puede que no lo sea.

Al individuo no puede determinarsele por uno a algunos hechos aislados ya que las actitudes y experiencias humanas están en un proceso de constante cambio.

En este estudio la depresión se refiere a un estado de ánimo muy particular, en el que la persona puede demostrar poco interés o placer por lo que respecta a su vida, se siente sola, triste, fatigada, sin ningún incentivo o ^{Motivación} motor que cambie su perspectiva de vida. Puede faltarle iniciativa en el trabajo y el juego; y puede mostrar actitudes de autoacusación y desesperación excesivas. Lo anterior puede ser el resultado de una serie de factores bioquímicos, genéticos, psicológicos y del ambiente (sea sociedad o ecológico) que se encuentran entrelazados y en función directa de las características particulares de la persona. Es decir, que dependiendo de la particularidad de dichas características será la manifestación de diversos síntomas depresivos.

Cada individuo reacciona de manera muy diversa frente a las distintas circunstancias de su vida, pero uno de los aspectos que tal vez más importancia tienen en el desarrollo de la depresión y que en cierta forma desencadenan parte de las actitudes que el depresivo -

expresa, es la manera como éste interpreta las experiencias en su vida. Son los "procesos internos" específicamente los de pensamiento los que han sido ^lmas interpretados y que determinan de cierta manera las actitudes depresivas en la persona. En el diagnóstico de la depresión es importante tener en consideración también, aquellos factores ^{1AL} involuntarios que se encuentran fuera del alcance del individuo y que ^osi pueden originar una depresión; estos pueden ser de tipo orgánico, bioquímico, social, cultural, espiritual, etc.

El término de Terapia Cognoscitiva Conductual es una expresión que se ha difundido mucho hoy en día, también se ha generalizado como un tipo de técnicas ^oclínica y como una área de investigación. Para los terapeutas más conservadores la expresión "terapia cognoscitiva conductual" resulta coantradicoria, y en parte tienen razón. Ninguna terapia puede ser totalmente conductual y al mismo tiempo cognoscitiva. Pero no hay la menor contradicción en una terapia que tome en cuenta la conducta externa y las condiciones mediadoras, a condición de que no se proclame totalmente conductual o totalmente cognoscitiva si está en favor del individuo, y eso precisamente es lo que pretenden los terapeutas que siguen este enfoque.

La suposición básica de los terapeutas de tendencia cognoscitiva es que los procesos ideacionales sí repercuten en el comportamiento y también en las emociones. De ahí que en nuestras acciones y emociones influyan las interpretaciones del significado de los hechos pasados y presentes, las expectativas referentes al éxito futuro, al fracaso, a la aprobación o desaprobación. Si reconocemos que estos estímulos internos controlan en cierta medida el comportamiento, es conveniente tratar de modificarlos y hacer lo mismo con los estímulos externos y esto es precisamente lo que intenta la Terapia Cognoscitiva Conductual.

El uso de cogniciones por los terapeutas de esta tendencia es en extremo diferente a la manera en que se valen de ellas otras corrientes, como por ejemplo: la psicoanalítica. esta última da mucha importancia al conocimiento de los impulsos y conflictos inconscientes, así como a sus antecedentes históricos, ya que suponen que así se aliviará el síntoma. En cambio al terapeuta que practica este procedimiento le interesa mucho más ayudar al cliente a cambiar las afirmaciones sobre sí mismo que al parecer están ocasionando gran parte de la perturbación inmediata. Consideran que esas afirmaciones son una "conducta" interna y que puede modificarse con los mismos --

procedimientos con que se cambia la conducta externa como desensibilización sistemática, moldeamiento, reforzamiento, etc.

La autora de la presente nomografía considera esta TERAPIA como una alternativa de tratamiento lo bastante eficaz ya que va directamente al problema y sus resultados son evidentes. Aunque es un enfoque relativamente nuevo una evaluación en este momento solo puede ser tentativa, ya que está todavía sistematizándose. A pesar de que ha habido serias críticas acerca de que si la "Terapia Cognoscitiva Conductual" no es más eficaz que la terapia orientada hacia la conducta o la orientada hacia la cognición por separado; la combinación de ambos enfoques está a pesar de todo, creciendo rápidamente. El papel del especialista en el comportamiento humano aquí es muy importante. A nivel preventivo tiene como función principal el estar alerta a cualquier síntoma físico o psicológico que esté detectando una adaptación inadecuada a cierta situación. A nivel de control el psicólogo debe proveer al individuo de las herramientas necesarias para lograr un mejor manejo de las situaciones en su vida, a través del establecimiento de una relación de aceptación, comprensión y empatía, que traerá como resultado un

cambio positivo en la conducta posterior de la persona.

Se espera que en algunos años se vea una gran búsqueda para demostrar los méritos de la ^f ^e ^c Terapia Cognoscitiva Conductual como medio para el cambio terapéutico así como mayores esfuerzos para explicar los procesos por medio de los cuales la re-estructuración de las cogniciones da por resultado cambios en la conducta. positiva

BIBLIOGRAFIA

- BECK, A.T. "Cognitive Therapy and emotional disorders".
New York, International Universities Press, 1976
- BECK, A.T. "Cognitive Therapy of depression: The Perspectives"
en M.P. Clayton Depression. New York, Raven Press, 1979
- BECK, A.T. "A sistematic investigation of depression"
Comprehensive Psychiatry, 1983, 2, 163-175
- BECK, A.T. Brady T.P. & Quen T.M. "The history of depression"
Psychosomatic Medicine, 1979, 21, 50-55
- BECK, A.T. Kovacs, M. y Weissman, A. "The prediccion of suicide"
Bowie, M.D. Charles Press. 1979
- BECK, A.T. Rush J., Shaw B.F., Emery G. "Cognitive Therapy of
depression" New York, Guilford Press, 1979.
- BUCETA, J.M. "Beck's Cognitive therapy: basic asumptions and
terapeutic procedures" European Assotiation for behavior
therapy. (E.A.B.T.) 1982.

- CALDERON N.G. "Salud Mental comunitaria: un nuevo enfoque de la psiquiatría" México, 1981, Ed. Trillas, 300 págs.
- 6/6-89
6/6-89
— CASO MUÑOZ, A. "Psiquiatría" Ed. Limusa, México, 1981.
- ✓ COLEMAN J. Butcher J. Carson K. "Psicología de la anormalidad y su vida moderna" Ed. Trillas, México, 1988, págs.656-662
- DSM-III "Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales" Masson, S.A. México, 1980.
- FENICHEL, O. "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis" Ed. Paidós Buenos Aires, 1980.
- GOLDMAN HOWARD, H. "Psiquiatría General" Ed. El Manual Moderno S.A. de C.U. México, 1987, págs. 559-570.
- HAMMEN, C.L. y Glass D.R. Jr. "Depression activity and evaluation of reinforcement" Journal of Abnormal Psychology, 1985, 84, 718-728.
- HARRISON, R.P. Beck, A.T. y Buceta J.M. "Terapia Cognoscitiva de la depresión: una introducción al desarrollo histórico, los conceptos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck" en Revista de Psicología General y aplicada vol. 39 , (4) 1984 págs. 623-644.

- HOTLING, CH. "Tratado de Psiquiatría" Ed. Interamericana
México, 1974.
- KAPLAN, H y Sadock, B. "Comprehensive Textbook of Psiquiatry IV"
Vol. 1 Williams & Wilkins. U.S.A., 1985.
- KISKER, G. "La personalidad desorganizada: Psicología anormal"
Ed. Trillas México, 1983
- 616,89
K&P
KOLB, L. "Psiquiatría clínica moderna" Prensa Médica Mexicana
México, 1983.
- KOVACS, M. Rush, A.J., Beck A.T. & Hollon S.D. "Depressed
outpatients treated with cognitive therapy or pharmaco-
therapy: A one year follow-up" Archives of General
Psychiatry, 1981, 38, 33-39.
- KRAFT, A. "Psiquiatría: para la práctica general" Ed. Inter-
americana, México, 1981.
- LEVIH, E.E. & Lubin, B. "Depression: concepts, coantroversies
and some new facts" N.Y. , Springer. 1975.
- LOPEZ A., M. "Terapia de la conducta y depresión: un análisis
experimental de las interacciones entre tratamientos cognos-
citivos y conductuales con tratamientos farmacológicos en

- sujetos depresivos" en Revista de Psicología General y aplicada, vol. 39 (3), 1984, págs. 517-535.
- MARTIN, B. "Psicología Anormal" Ed. Interamericana, México, 1985.
- MCKINNON, R. & Michels, R. "Psiquiatría clínica moderna"
Ed. Interamericana. México, 1984.
- MCLEAN P.D., Agston, K, y Graver L. "A Behavioral Approach to the treatment of depression" Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry, 1983, 4, 323-330.
- MUÑOZ, R.F. "A cognitive approach to the assesment and treatment of depression" en Journal of Abnormal Psychology, 1982 14, 1-10.
- RUSH, T. "Short term Psychotherapies for depression" the Guilford Press, New York, 1982, págs. 19-87, 143-214.
- RUSH, A.J., Beck A.T., Kovais M. y Hollon S. "Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed Outpatient" Cognitive Therapy and Research, 1987, 1, 17-37.

RUSH, A.J. Giles D. Dougherty, y Sullivan D. "Cognitive distortion, schemas, and depressive symptomatology" en American Journal of Psychiatry. 1980, 123, 93-97.

Shaw
RUSH, A.J. Shaw B. y Khatami, M. "Cognitive Therapy of depression utilizing the couples system" en Cognitive Therapy and research, 1980, 4, 103-113.

TAYLOR, R.G. y Marshall W.L. "Experimental analysis of a cognitive behavioral therapy for depression" en Cognitive Therapy and research. 1977, 1, 59-72.

WILSON, P.H., Goldin, J.C. y Charbonneau Pouns, M. "Comparative efficacy of behavioral and cognitive treatments of depression en Cognitive Therapy and Research. vol. 7 (2), 1983 págs. 11-124.

150.3
WOLMAN, B. "Diccionario de las Ciencias de la Conducta" *901897*
Ed. Trillas, México, 1984.

676.89
V644
UIDAL G. y Alarcon R. "Psiquiatría" Ed. Médica Panamericana Buenos Aires, 1986.

ZERMEÑO, E. "La depresión: modelos clínicos experimentales y su manejo terapéutico" en Revista Mexicana de Psicología. México, 1985, págs. 107-125.