

251006



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"ALGUNOS MODELOS SOBRE DEPRESION,
DESDE LA PERSPECTIVA
COGNITIVO - CONDUCTUAL".

PO 1488/97
e. 3

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
GUADALUPE NORBERTO SANCHEZ



ASESORES: MTRO. CARLOS SERRANO CERRILLO
MTRO. VIDAL VARGAS SOLIS.
MTRA. MA. LUISA CEPEDA ISLAS.

LOS REYES IZTACALA, EDO. DE MEXICO.

1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS.

Mamá, Papá:

Donde quiera que se encuentren:

¡Gracias!.

Por haberme brindado el don maravilloso
de la vida.

Aquí estoy y seguiré adelante, hasta que ese ciclo vital,
asi, me lo permita.

Nazario, Josefina, Luci:

Hermanos,

¡Gracias!

Por su gran ayuda, por nuestra unión, porque
los quiero.

A todos mis sobrinos:

Miguelito, Juan Carlos, Celia.

Erika, Omar, Martín.

Vladimir, Pedrito.

Julio, Javier, Silvia, Rocio, Fidel.

Sandra, Victor y Edgar.

Leonardo, Gabriel, Salvador,

Lupita, Carmelita y Jaimito

Ernesto, Carmen y Elizabeth.

Rocio, Issac, Ruth y Toñita.

Dentro de las posibilidades de cada uno quisiera decirles,
sigan adelante y traten de superarse cada día más.

Carlitos Elí:

Mi niño, gracias por tu sonrisa

por tu tierna mirada, por tus

graciosas ocurrencias, por esos

"te quiero mamá", que me alegran.

Hijo: ¡te quiero y te deseo lo mejor!.

Carlos:

A pesar de todo

¡Gracias!.

A mis amigos, quienes
me alentaron para
continuar y finalizar
el presente trabajo.

A mis asesores:

Maestros Carlos Serrano Cerrillo.
Vidal Vargas Solís.
Ma. Luisa Cepeda Islas.

¡Gracias por el apoyo incondicional,
por la espera
y por confiar en mí!

Un agradecimiento especial
para tí Mary, por haber
mecanografiado éste trabajo.

I N D I C E

INDICE	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
I DEFINICIONES	
I.1 Definiciones.	4
I.2 Reseña histórica	9
I.3 Modelos actuales sobre la depresión.	11
II EVALUACION DE LA DEPRESION.	
II.1 Qué se ha evaluado.	27
II.2 Presentación agrupada por instrumentos.	30
II.3 Problemas encontrados.	75
II.4 Consideraciones personales.	78
III TRATAMIENTOS.	
III.1 Tratamientos de acuerdo a los diferentes modelos.	80
III.2 Algunas estrategias metodológicas.	93
III.3 Tratamientos de acuerdo a las respuestas o situaciones involucradas (motoras, verbales, cognitivas, etc.).	95
IV ALGUNAS TECNICAS.	
IV.1 Técnicas que han sido utilizadas.	107
IV.2 Relación encontrada entre evaluación y tratamiento.	115
IV.3 Estudios con propósito clínico o de investigación.	118
CONCLUSIONES Y DISCUSION	121
BIBLIOGRAFIA	125

R E S U M E N

En el presente trabajo se revisan definiciones acerca de la depresión, antecedentes históricos, los modelos conceptuales que la abordan desde una perspectiva cognitivo-conductual. A saber: El Modelo de Lewinsohn, (1982; Sullivan y Grosscup, 1982; Lewinsohn y Hoberman, 1982; Thorpe y Olson, 1990); el Modelo de Autocontrol de Rehm (1977; 1981; Rehm en Caballo, 1991); Lewinsohn y Hoberman, 1982; Thorpe y Olson, 1990); la Teoría Cognitiva de Beck (1967; en Giles, 1982); Harrison, Beck y Buceta, 1984; Thorpe y Olson, 1990); y el Modelo de Desamparo Aprendido de Seligman (Abramson, Seligman y Teasdale; 1978; Seligman, 1981; Seligman, Klein y Miller, 1976; Thorpe y Olson, 1990).

Lo que se ha evaluado y el tipo de instrumentos de medición más utilizados, esto es: Inventarios, escalas de clasificación clínica y métodos de observación directa. Los tipos de tratamiento en base a modelos conceptuales.

Posteriormente las técnicas que han sido utilizadas, para lo cual se mencionan algunos estudios y sus resultados y se describe si estos tienen un propósito clínico o de investigación.

I N T R O D U C C I O N

Sabemos que la depresión tiene su historia, a través de los años ha permanecido, hay diferentes enfoques o conceptualizaciones sobre ella y sobre como abordarla. En la actualidad ha venido incrementándose cada vez más resultando en un problema psicológico de profundo significado personal, familiar y social, porque impacta sobre las personas que la han experimentado por sus déficits emocional, motivacional, conductual y cognitiva y es devastadora en millones de individuos a nivel mundial.

Por ello nos interesamos en el tema y lo abordamos desde una perspectiva Cognitivo-Conductual, veamos porque. La Modificación Cognitivo-Conductual, se aplica a una amplia variedad de técnicas terapéuticas que están basadas en diferentes modelos conceptuales. Los Modelos de Autocontrol, Cognitivas y Conductuales, cubren aproximaciones como la Terapia Racional Emotiva, la Terapia Cognitiva, la Terapia de Solución de Problemas, Terapia de Autocontrol y Condicionamiento Cubierto y tienden a ser caracterizadas como "Cognitivo-conductuales". (Meichenbaum y Cameron, 1982).

Además existe el interés en la naturaleza y modificación de las cogniciones y conductas del cliente y el uso concomitante de los procedimientos de la Terapia Conductual en promover el cambio.

En el Capítulo I, mencionamos primeramente algunas definiciones considerando factores somáticos y psicológicos (cognitivos y conductuales). Se mencionan antecedentes históricos sobre la forma como se ha abordado la depresión y ya entonces como abordan los modelos conceptuales cognitivo-conductuales la depresión.

En el Capítulo II, consideramos cómo se ha evaluado la depresión, los instrumentos psicométricos más ampliamente utilizados, esto es, inventarios, escalas de clasificación clínica, etc., así como los problemas encontrados.

Ya en el Capítulo III, se abordan los tratamientos primeramente en cómo intervienen los diferentes modelos, cómo se pueden integrar éstos y de que manera en base a las respuestas o situaciones se trata la depresión.

Finalmente, algunas técnicas que han sido empleadas en el tratamiento de la depresión. Así como la relación que hay entre evaluación y tratamiento, asimismo mencionamos el propósito de los estudios.

Por lo que nuestro objetivo será: Revisar y comparar los modelos conceptuales sobre la depresión.

C A P I T U L O I :

D E F I N I C I O N E S .

I.1 D E F I N I C I O N E S .

La depresión se ha inferido considerando solo los estados verbales (autoreportes) que proporciona el paciente en el que se enumeran términos descriptivos asociados con estados internos: tristeza, desesperación, culpa, falta de valor, irritabilidad, pesimismo e intento de suicidio (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Grinker y otros, 1962; Hamilton, 1967; Levitt y Lubin, 1965; Zung, 1965). Pero también conductas observables o potencialmente observables: retardo motor, reducción en el nivel de actividad, baja de apetito, disturbio en el sueño, etc., son ejemplos de comportamientos expresados por la gente deprimida (Beck, 1961; Levitt y Lubin, 1965; Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1982).

Por su parte McLean (1982), señala que el único requerimiento para ésta, es el ánimo deprimido porque ésta y su alta visibilidad de estados verbales dramáticos reflejan la experiencia del ánimo. Sin embargo, hablar de ánimo "deprimido" implica una tautología y esto es de poca ayuda.

Jacobson (1981), menciona que la depresión es un desorden afectivo, considerando que lo indispensable de ésta es un extremo disturbio en el ánimo (American Psychiatric Association, 1968; Beck, 1967; Grinker, Miller, Sabshin, Nunn y Nunnally, 1961; Mendels, 1970; Jacobson, 1981).

Por otro lado Seligman (1976, 1978, 1981), señala que la depresión esta definida por sus cuatro déficits, a saber, motivacional, cognitivo, afectivo-somático y auto-estima.

Beck (1961; 1967; citado en Rush, 1981 y Harrison, Beck y Buceta, 1984), considera la depresión no como un disturbio primario del ánimo, sino como resultado de pensamientos negativos y distorsionados de sí, del mundo y del futuro, reconociendo la implicación de múltiples sistemas fisiológicos y psicológicos, por ejemplo: inhibición psicomotriz, apatía , fatiga, baja energía, etc.

Rehm (1981) sugiere las siguientes listas de conductas depresivas: Los síntomas verbal-cognitivo, que denotan aquellos síntomas expresados a través de verbalizaciones u observaciones del proceso cognitivo del individuo y se subdividen en dos categorías:

- 1) Simulación de tristeza. La gente se describe como deprimida, triste, desanimada, infeliz.

- 2) Distorsiones cognitivas. Incluyen una variedad de actitudes y creencias sobre sí, el mundo y el futuro (Beck, 1961; Rush y Giles, 1982).

Otros síntomas incluidos son: pesimismo, desesperación, incapacidad, baja auto-estima y culpa.

Los síntomas somáticos, son aquellos manifestados por la conducta motora del individuo e incluyen tanto excesos como déficits conductuales, a saber:

1) Excesos conductuales: tristeza, cabeza colgada, llanto, carencia de contacto visual, torcer las manos, agitación y conducta suicida.

2) Déficit conductuales: involucran retardo psicomotor, decremento en el trabajo y actividades recreativas, así como perturbaciones en el sueño, en la conducta de comer y en la sexual.

Los síntomas somáticos también son considerados: fatiga excesiva, constipación, baja de apetito, pánico difuso, etc.

Síntomas interpersonales. Esta categoría no ha sido parte tradicional de la sintomatología de la depresión, sin embargo es importante señalar -valgase la redundancia- la importancia de las interacciones sociales como una posibilidad en el origen o mantenimiento de la depresión. Se menciona que en este caso las personas podrían ser: demandantes, manipuladoras, negativas, hostiles, quejumbrosas.

Por otro lado Craighead (1981), ofrece la siguiente definición sobre la depresión:

"La depresión es una etiqueta por un sentimiento o estado afectivo de disforia como experiencia de una persona. Este estado afectivo puede ser precipitado por ocurrir simultáneamente con, o resultar en una dirección específica de respuestas desadaptadas o disfuncionales somático-motoras, cognitivas y fisiológicas ".

Craighead, señala que las características clásicas conductuales incluyen evitación o reducción en la interacción social, retardo en la prontitud de la respuesta, reducción de producción verbal e incremento del llanto.

En tanto que las respuestas cognitivas implican el autoreporte de percepciones de conductas y emociones, culpa, autoreporte de percepciones de conductas y emociones, culpa, autoreproche, distorsión negativa del medio ambiente, variaciones del ánimo diurno, incapacidad y desesperación.

Las respuestas fisiológicas pueden ser: pérdida de apetito, pérdida de interés en la conducta sexual, fatiga , insomnio, despertar muy temprano, etc.

Estas variables son mencionadas para proporcionar especificidad a la definición conductual de la depresión.

Hay otras variables implicadas, mismas que dan los pacientes, quienes se identifican a sí mismos como deprimidos.

Hasta aquí hemos mencionado algunas definiciones encontradas en la literatura, sin embargo, no hemos hecho hincapié en el sentido de que no nos interesa tanto la etiqueta de "depresión" sino la serie de comportamientos agrupados bajo este rubro.

En este sentido, estamos de acuerdo con Craighead, ya que considera en su definición que la depresión es una etiqueta. La etiqueta es relativamente insignificante en ausencia de comportamientos específicos, esto es: motores, verbales, cognitivos, etc., ya que son éstos los que proporcionan al terapeuta, definiciones operacionales, lugar y estrategias de intervención.

Ahora bien se pudo observar a través de las definiciones anteriormente citadas, que el rasgo común prevaeciente es la similitud de comportamientos y que agrupamos aquí dentro de dos categorías. No sin antes subrayar que no necesariamente se debe dar todo este cúmulo de comportamientos en una sola persona, más bien pueden variar de una persona a otra, ya en su momento los reportes de los pacientes darán los indicadores específicos.

A) Comportamientos verbal-cognitivos:

Tristeza, desesperación, culpa, falta de valor, irritabilidad,

pesimismo, apatia, infelicidad, pánico difuso, autoreproche, distorsión negativa del medio ambiente, incapacidad.

B) Comportamientos somático-motores:

Retardo en la prontitud de la respuesta, decremento en el nivel de actividad en el trabajo, en actividades recreativas, baja de apetito, cabeza colgada, llanto, agitación torcerse las manos, perturbaciones en el sueño, insomnio, pérdida de interés en la conducta sexual, fatiga, reducción en la producción verbal, evitación o reducción en la interacción social, conducta suicida, carencia de contacto visual y otras posturas corporales.

I.2 RESEÑA HISTORICA

Se podrá observar que la depresión en un inicio es primeramente abordada desde un punto de vista médico y ya posteriormente psicológico.

Dentro de los antecedentes sobre la depresión encontramos que Hipócrates (En Arieti y Bemporad, 1981), de quién se dice vivió en el siglo IV A. de C., formuló la primera descripción médica, a la que llamó melancolía y cuyo origen atribuyó a un exceso de atrabilis o bilis negra[‡] en el cerebro.

[‡] La sangre, bilis negra o atrabilis, bilis amarilla y flema, son los cuatro humores corporales que consideraban como la causa de los diferentes problemas en ese tiempo.

Fué Areteo de Capadoccia en el siglo II en nuestra era, quien desarrolló el cuadro más completo sobre la depresión; al contrario de Hipócrates, sugirió que poco tenía que ver con la atrabilis, flema o humores y la relacionó más bien con factores de tipo psicológico, desafortunadamente este estudio no fue continuado por sus sucesores inmediatos.

Galeno, también en el siglo II de nuestra era, desarrolla la teoría de que la depresión estaba basada en supuestos humores. Esta teoría se mantuvo hasta la edad media.

Ya en el renacimiento resurge el interés en la depresión con un nuevo enfoque, sobre todo en la Inglaterra Isabelina, donde al parecer hubo una epidemia de melancolía.

Algunos trabajos realizados en ese breve período, de que se tiene conocimiento, son; "Treatise on Melancholia" publicado en 1586 por Timothy Bright. Veinte años más tarde se conoció "Optick Glass of Humours" de Tomas Walkington, que se ocupó de la constitución melancolica. Por último, en 1621, Robert Burton terminó su "Anatomy of Melancholy", que es básicamente un texto sobre la depresión y reflexión sobre la vida. (Arieti y Bemporad, 1981; Calderon, 1990).

Con la difusión de la revolución científica, los investigadores empiezan a considerar la depresión como una enfermedad mental causada por agentes fisiológicos más que por posesión demoniaca,

Nota: cita

Ya en nuestro siglo, se pueden encontrar también enfoques psicoanalíticos como el de Freud, que escribe en 1917 sobre el duelo y la melancolía y se refiere básicamente a la pérdida de un objeto amoroso.

Se pueden encontrar también enfoques bioquímicos, cognitivos y conductuales, de ellos hablaremos adelante.

I.3 MODELOS ACTUALES SOBRE LA DEPRESION

Ahora que hemos comentado brevemente sobre las formas históricas en que se entendió a la depresión, vamos a pasar a continuación a revisar algunas de las explicaciones y modelos más relevantes que se han desarrollado sobre la depresión.

1.-) ENFOQUE BIOQUIMICO.

Por la decada de 1950 se observó que algunos pacientes hipertensos tratados con reserpina sufrían depresión. Se demostró que la reserpina disminuye la norepinefrina (NE) y serotonina o 5 - hidroxitriptamina (5 - HT) del cerebro.

En otro estudio se observó que los pacientes tuberculosos tratados con isoniazida impide la destrucción de NE y 5-HT inhibiendo el efecto de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que metaboliza dichas aminas.

Más adelante se mostró que los efectos favorables de los antidepresivos tricíclicos, como por ejemplo la imipramina derivan de un bloqueo de la recaptación de NE en las terminaciones nerviosas.

Posteriormente, se determinó que tanto la NE como la 5-HT están específicamente vinculadas con la depresión. Se cree que estas aminas son neurotransmisoras, esto es, que conducen la excitación de una neurona a otra, sugiriendo que su disminución provoca la depresión.)

Hay otra hipótesis bioquímica, la relacionada con la concentración de catecolamina NE y su precursora la dopamina (DA) en el cerebro (Schildkraut, 1975, citado en Arieti y Bemporad, 1981). En esta se observó la disminución en los niveles de NE en la orina de algunos pacientes, fundamentalmente en individuos agitados o ansiosos, teniendo entonces mayor correlación con la ansiedad.

Dentro de la depresión farmacológica, los agentes más importantes son los tricíclicos, los inhibidores de la MAO y el litio. Estas tres clases de medicamentos han sido claramente establecidos como agentes efectivos en el tratamiento de la depresión. (American Psychiatric Association Task Force, 1975; Cole, 1964; Klerman y Cole, 1965; Morris Beck, 1974; Rogers y Clay, 1975; citados en Hollon, 1981 y Calderon, 1990).

La imipramina y la amitriptilina parecen ser los más utilizados y quizá los agentes tricíclicos más efectivos. Ambos agentes son aminas terciarias, aunque los dos parecen tener efectos separados sobre los sistemas neurotransmisores del Sistema Nervioso Central, con la imipramina se impacta al sistema andrenonérgico (por ejemplo: norepinefrina) y la amitriptilina parece impactar más directamente a los sistemas indolamínicos (por ejemplo la serotonina).

Aunque los efectos de los antidepresivos y de los inhibidores de la MAO han sido muy beneficiosos en el tratamiento de la depresión no se han hecho conclusiones definitivas.

2.-) ENFOQUE COGNITIVO.

Una de las teorías cognitivas mayormente conocidas sobre la depresión es la formulada por Beck (1967; citado en Rush y Giles, 1981; Harrison, Beck y Buceta, 1984; Thorpe y Olson, 1990), quien considera a la depresión como un disturbio en la cognición y enfoca su atención sobre las manifestaciones vegetativas, conductuales, motivacionales y afectivas que la influyen.

El modelo enumera la espiral descendente característica de la depresión. Señala que tres elementos son importantes en el desarrollo y mantenimiento de la depresión, a saber, la triada cognitiva, los errores lógicos y los esquemas.

La lógica de los deprimidos es caracterizada por cometer errores en el procesamiento de la información sobre sí, el futuro y el mundo, de sus observaciones diarias. Los errores más comunes son:

a) Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de llegar a una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

b) Abstracción selectiva: Se refiere a centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación.

c) Generalización Excesiva: Se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones ajenas.

d) Magnificación y Minimización. Se refiere a los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un acontecimiento.

e) Personalización: Se refiere a la tendencia y facilidad del paciente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe ninguna base para realizar dicha conexión.

f) Pensamiento absolutista dicotómico: Se refiere a la tendencia

a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, como por ejemplo: bueno-malo. Para describirse a sí mismo; el paciente emplea las categorías del extremo negativo.

Desde esta perspectiva, los esquemas representan la organización de principios para seleccionar y codificar la información. En muchas situaciones, una persona no se fija en determinados estímulos, sino en otros, y los combina en un modelo que conceptualiza la situación. Así, un esquema constituye la clave para cifrar, categorizar y evaluar las propias experiencias. En los estados depresivos se activan esquemas funcionales negativos que tienden a influenciar el pensamiento del individuo. Estos esquemas, probablemente, se forman poco a poco, a través de diversas experiencias, permaneciendo ocultos en periodos no 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 en frecuencia e intensidad, hasta convertirse en característica permanente del funcionamiento de la persona afectada.

Ahora bien, el primer componente de la triada cognitiva, es la visión de sí, centrada en la visión que tiene la persona de sí misma, como inadecuada, indigna, deficiente y/o defectuosa en carácter físico, moral o mental. Hay aquí una relación causal

entre defectos percibidos y juicio de desmerecimiento personal. En otras palabras, la persona se hace una crítica personal se desvaloriza o subestima.

El segundo componente es la visión de experiencias y del mundo, consistente en que la percepción individual de que las interacciones con el medio ambiente son involuntariamente demandantes u obstructivas. Las experiencias son construidas como evidencia por derrota y pérdida. Esta evidencia es tomada como soporte para las nociones de dependencia incrementada, de privación y rechazo personal. En comparación a otros, las personas piensan de sí que son particularmente inadecuadas, las experiencias de éxito son minimizadas y las de fracaso son enfatizadas.

El tercer componente es la visión del futuro, la cual conduce a anticipaciones negativas del futuro. Los cambios motivacionales (escape, evitación, intento y/o ideas de suicidio, incremento de la independencia, parálisis) son vistas por Beck como respuestas a percepciones del futuro en las que alguna persona parece destinada. La dependencia incrementada sigue de un sistema de creencias que sobre-estima la dificultad de tareas normales y subestima la ejecución personal y competencia. Así la persona deprimida supone el fracaso y otras consecuencias negativas.

3.-) ENFOQUE OPERANTE

Desde el punto de vista de la teoría operante del aprendizaje se considera que la depresión es la consecuencia natural de la reducción sostenida en la cantidad de reforzamiento personal que el individuo recibe.

Ferster (1973), reportó y explicó la interpretación operante de la depresión. Señaló que el fracaso a producir conductas que podrían ser reforzadas positivamente puede deberse a uno de varios factores: cambios medioambientales repentinos, tal como la muerte de un cónyuge, cambio residencial, cambio de profesión, etc. (Mc. Lean, 1981), lo cual resultaría en una interrupción del suministro usual del reforzamiento de origen familiar o social: empleando una conducta aversiva o castigante, la que tomaría primero la posibilidad de reforzamiento y el fracaso a atender al medio ambiente interpersonal en suficiente detalle para ganar niveles adecuados de reforzamiento social.

Básicamente, la formulación operante específica una relación de contingencia entre conducta y reforzamiento, si no existe esta contingencia, o si la conducta por sí (inactividad, llanto, queja, etc.) es inadvertidamente reforzada por un medio ambiente interpersonal compasivo sobre un extenso periodo de tiempo, las condiciones primarias, necesariamente para la depresión están presentes. Asimismo, señala que el denominador común entre las

personas deprimidas es la frecuencia decrementada de muchas clases diferentes de actividad reforzada positivamente y el incremento en la actividad de evitación y escape.

4.-) MODELO DEL APRENDIZAJE SOCIAL.

Lewinsohn, Sullivan Grosscup (1982), sostienen que la depresión y reforzamiento son fenómenos relacionados. La hipótesis primaria es que la tasa baja de reforzamiento contingente a la respuesta constituye un antecedente crítico para la ocurrencia de la depresión.

El reforzamiento es definido por la calidad de las interacciones de la persona con su medio ambiente. Aquellas interacciones persona-medio ambiente con resultados positivos constituye el reforzamiento positivo. Tales interacciones fuerzan la conducta de la persona. El término "contingente" se refiere a la relación temporal entre una conducta y sus consecuencias.

Otra hipótesis es que la alta tasa de experiencias castigantes también causa la depresión. El "castigo" es definido como la interacción persona-medio ambiente con resultados aversivos (dolor, desconcierto, desagrado). Las interacciones castigantes con el medio ambiente pueden causar la depresión directa o indirectamente por interferir con el empleo de una persona y disfrutar de las actividades recompensadas potencialmente. (

(Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1982; Lewinsohn y Hoberman, 1982; Thorpe y Olson, 1990).

Lewinsohn y Cols, (1981) señalan tres razones generales por las que una persona puede experimentar bajas tasas de reforzamiento y/o altas tasas de castigo:

1) El medio ambiente inmediato de la persona puede tener pocos reforzadores positivos disponibles o muchos aspectos castigantes.

2) La persona puede carecer de habilidades para obtener los reforzadores positivos y/o afrontar con dificultad los eventos aversivos (déficits de habilidades).

3) La potencia del reforzamiento positivo de eventos puede ser reducida y/o el impacto negativo de efectos contingentes puede ser elevado (Grosscup y Lewinsohn, 1980; Lewinsohn, 1976; y Lewinsohn y Cols, 1982), Lewinsohn y Hoberman, 1982).

Así entonces, podemos decir que los eventos contingentes sobre la conducta pueden no ser reforzantes porque hay una pérdida de la efectividad del reforzador. Los eventos que son reforzantes pueden quedar indisponibles y/o el reforzador puede estar disponible pero si el individuo carece del repertorio necesario no lo podrá obtener.

Ahora bien, se dice que la ausencia de eventos reforzantes positivos particularmente relevantes a la ocurrencia de la depresión cae dentro de varios grupos, a saber: experiencia sexual positiva, interacciones sociales recompensadas, actividades agradables al aire libre, soledad y experiencias de competencia.

Los eventos castigantes particularmente importantes para la depresión, caen dentro de tres grupos: desacuerdo marital, dificultades relacionadas con el trabajo y reacciones negativas de otros. *Hasta aquí.*

Nada

5.-) MODELO DE AUTOCONTROL

Rehm (en Caballo, 1991) menciona que el autocontrol se refiere a aquellos procedimientos de terapia cuyo objetivo es enseñar a la persona, estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. Asimismo, el término autocontrol, expresa claramente la importancia del papel de la persona como director de su propia conducta.

Kanfer (1970, 1977; Ribes, 1983), define el autocontrol en términos de aquellas estrategias que emplea una persona para modificar la probabilidad de una respuesta, en oposición a las influencias externas existentes. Se atribuye el autocontrol a las personas cuando no están respondiendo a las presiones de las

contingencias externas del momento, sino en favor de algún objetivo a largo plazo.

Este proceso lo describe en tres fases (Kanfer, 1970), autoregistro, autoevaluación y autorrefuerzo.

El autoregistro, es la etapa donde la persona es más consciente o se empieza a dar más cuenta de la conducta en cuestión. El autoregistro puede utilizarse para evaluar la conducta, sus antecedentes situacionales, sus consecuencias, el afecto que la acompaña o las relaciones entre todas estas variables. Asimismo se puede evaluar, cualquier dimensión de una conducta, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad o la calidad. También puede emplearse para registrar respuestas subjetivas, encubiertas, no disponibles para los observadores externos. Los procedimientos específicos de autoregistro pueden tomar muchas formas. Para que sea útil y eficaz el autoregistro debe hacerse tan próximo (en el tiempo) del acontecimiento como sea posible.

La autoevaluación se puede considerar como la comparación de la propia conducta con respecto a un patrón impuesto por uno mismo. La autoevaluación negativa es una característica en la persona deprimida, entonces sus patrones y objetivos pueden ser irrealmente elevados y/o después de que ha tenido lugar el hecho, se pueden reinterpretar los patrones de modo que la actuación se encuentre siempre por debajo de esos patrones. Así, un objetivo

apropiado, debiera ser realista, definirse en términos observables y hallarse dentro del control del sujeto como conducta que se tiene que aumentar.

Los objetivos amplios, a largo plazo, pueden descomponerse en objetivos más pequeños, ya sea en una secuencia graduada o por medio del establecimiento de subobjetivos equivalentes.

La autoeficacia, concepto de Bandura, (En Rehm, Caballo, 1991) se relaciona con la autoevaluación, en tanto que las expectativas de eficacia determinan si la persona iniciará esfuerzos dirigidos hacia el afrontamiento y solución de problemas. Estas expectativas se encuentran influidas por cuatro factores, a saber:

a) La actuación real. La más poderosa de las expectativas ya que es la propia historia de éxito y fracaso, por otra parte de la persona, con una tarea específica o con tareas de una clase determinada.

b) La experiencia vicaria. La experiencia se puede conseguir también a partir de la observación de otras personas en la misma situación.

c) La persuasión verbal. Que son instrucciones, consejos, las ayudas verbales ("el dar ánimo") y todos los métodos de influencia verbal interpersonal.

d) Los estados fisiológicos. La activación o relajación en un determinado momento influirá sobre la eficacia de la persona con respecto a su capacidad para acercarse a un estímulo temido.

Ahora bien, Rehm (En Caballo, 1991) añade la autoatribución, como una variable que modera la autoevaluación. Para que una persona juzgue una actuación como un éxito o un fracaso (se sienta "bien" ó "mal"), tiene que creer que su conducta se encontraba bajo su control o responsabilidad.

El autoreforzamiento, se refiere a las consecuencias del proceso de autoevaluación, tal como se encuentra determinado por contingencias autoimpuestas. El autoreforzamiento o el autocastigo pueden ser manifiestos o encubiertos.

Rehm (1977), propone que la gente que esta deprimida o que es vulnerable a la depresión se caracteriza por alguna combinación de seis déficits específicos en el autocontrol de la conducta. Estos componentes psicológicos de la depresión tienen lugar en las conductas de autoregistro, autoevaluación y autoreforzamiento de la siguiente manera:

a) Atención selectiva a los acontecimientos negativos de sus vidas, con la exclusión relativa de los sucesos positivos.

b) Atención selectiva a las consecuencias inmediatas y no a las

demoradas de su conducta. Las personas deprimidas tienen la dificultad general para trabajar en objetivos a largo plazo ya que se encuentran más afectadas por sus necesidades emocionales inmediatas, lo que hace difícil centrarse en la gratificación demorada de una conducta que necesite más esfuerzo.

c) Hay un establecimiento de patrones exigentes de evaluación para su conducta.

d) Tendencia a hacer atribuciones internas en el caso de acontecimientos negativos y atribuciones externas en el caso de sucesos positivos.

e) Autoadministración de recompensas contingentes insuficientes.

f) Autoadministración de autocastigo excesivo.

6.-) ^{Nada.} MODELO DEL DESAMPARO APRENDIDO. ←

Este modelo sobre la depresión (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Seligman, 1981; Seligman Klein y Miller, 1976), considera cuatro series de déficits: motivacional, cognitivo, somático-afectivo y autoestima. Así como cuatro premisas fundamentales para que la depresión ocurra, a saber:

1) Aversión esperada. Esta premisa sostiene que el individuo

supone que los resultados altamente aversivos son probables y/o que los altamente deseados son improbables.

2) Descontrol esperado. El individuo supone que ninguna respuesta de su repertorio puede cambiar la probabilidad de estos eventos.

3) Estilo atribucional. Se señala que el individuo posee un estilo atribucional insidioso que gobierna la duración y amplitud de los déficits depresivos y en todo caso la autoestima es decrementada.

El estilo atribucional consiste de una tendencia para hacer atribuciones internas para el fracaso pero externas para el éxito; atribuciones estables para el fracaso pero inestables para el éxito; atribuciones globales para el fracaso pero específicas para el éxito.

Las atribuciones internas producen déficits depresivos duraderos y los globales sobre una variedad de situaciones.

4) Severidad. Esta premisa considera que la fuerza de los déficits cognitivos y motivacional descansan en la fuerza de la expectación del resultado aversivo y la fuerza de la expectancia incontrolable. La intensidad de los déficits afectivo y de

autoestima esta gobernada por la importancia del resultado incontrolable.

En pocas palabras, la depresión ocurre cuando el individuo supone que eventos malos ocurrirán y supone que nada puede hacer para prevenir su ocurrencia y construye la causa de este estado de hechos como resultado de factores internos, estables y globales.

Seligman señala que el sujeto podría ejecutar respuestas para evitar y/o enfrentar situaciones dolorosas, sin embargo, se encuentra bloqueado y en lugar de ello aprende a ser indefenso.

C A P I T U L O I I :

E V A L U A C I O N D E L A

D E P R E S I O N .

II.1 QUE SE HA EVALUADO DENTRO DE LA DEPRESION.

Ahora bien, dentro de la evaluación de la depresión...
Lo evaluado hasta la actualidad, dentro del rótulo de "depresión"
por los esquemas tradicionales es la llamada sintomatología
depresiva que pone énfasis en los componentes afectivos y de
ánimo. Para ello, han utilizado instrumentos, tales como
autoreportes, escalas e inventarios, que evalúan fluctuaciones de
ánimo, severidad, extensión de la depresión, etc.

Son utilizados también como criterio para seleccionar el tipo de población de interés para el estudio o investigación a realizar. O bien, como base de comparación en algunos estudios de investigación conductual para observar puntajes y posibles mejoras en pre y post-tratamiento.

El enfoque
La aproximación cognitivo-conductual, por su parte, ha evaluado
más recientemente, eventos cognitivos, conducta verbal, conducta
motora, etc., a través de entrevistas directas,
registros, programas de actividad, autoreporte, etc.,

Ahora bien, es importante mencionar que evaluación no es lo mismo que medición, en tanto que no se pretende "calificar" al individuo, sino más bien definir y/o identificar en forma concreta su situación y/o comportamientos problemáticos, para de ahí partir y poder emitir un diagnóstico que ayude a proporcionar el tratamiento específico, iniciando así la implementación de

técnicas para la adquisición de las habilidades que el sujeto requiera. Para dicha evaluación se debe

Podemos considerar entonces que - en nuestro campo - la evaluación es una necesidad previa a toda acción y las mediciones son tan solo parte de su proceso.

Ahora bien, dentro del ámbito de la evaluación, es conveniente considerar dos aspectos de gran importancia. A saber, la comunicabilidad y la complejidad (Hammen, 1981; Mahoney, 1983). En la primera se enfatiza como un requerimiento básico, la adopción de procedimientos de evaluación, que admitan una terminología cuyas características puedan ser comprendidas por todos los investigadores.

La complejidad por su parte, subraya que un sólo procedimiento no puede ser el único o el mejor para todas las personas o conductas depresivas, y requiere también de la aplicación de instrumentos de medición lo suficientemente sensitivos para ayudar a contestar, no solo cuestiones pertinentes a la interacción tratamiento -resultados - , sino también a los procesos de cambio.

Se mencionan también algunos principios específicos ofrecidos como criterios ya que resultan de importancia dentro del plan de evaluación (Hammen, 1981).

a) Principio de descripción de la población. Requiere describir los datos de los grupos a tratar.

b) Principios de especificidad de la respuesta. Se refiere a la necesidad de evaluar las diferentes esferas de funcionamiento en las que las disfunciones o déficits ocurren, y mencionar los comportamientos de manera específica.

c) Principio del proceso. Evalúa los cambios terapéuticos a través de la modificación de respuestas consideradas como deficientes.

d) Principio de mantenimiento. Aquí se trata de preservar las mejoras logradas, específicamente las habilidades de afrontar o solucionar problemas de la vida real que permitan prevenir nuevas situaciones que puedan causar otra vez la depresión (Hammen, 1981).

Podemos agregar a lo anterior, un principio más , el seguimiento, ya que uno de los problemas fundamentales en la modificación conductual es asegurarse de que la conducta meta, una vez establecida, permanecerá a través del tiempo (Ribes, 1983).

Con estos principios
Con todo lo anterior se busca establecer en sí, requerimientos básicos como lo es la validez y confiabilidad, factores que resultan de gran importancia dentro del ámbito de la evaluación.

II.2 PRESENTACION AGRUPADA POR INSTRUMENTOS.

Dentro de las modalidades de evaluación, se pueden considerar los autoreportes, las escalas de clasificación clínica, los métodos de observación directa y mediciones de distorsión cognitiva.

En el presente estudio nos centraremos en la revisión de los instrumentos de evaluación más ampliamente utilizados, tanto en clínica como en investigación y mayormente en esta última.

a) INVENTARIOS

INVENTARIO DE LA DEPRESION DE BECK (BECK DEPRESSION INVENTORY B.D.I.) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, 1972; en Rehm, 1981), se utiliza como un instrumento de autoreporte. Esta elaborado para ser aplicado por un entrevistador, quien maneja una copia y otra se le da al entrevistado. Se lee en voz alta cada reactivo al entrevistado y se le indica: "Cual de las declaraciones define mejor cómo se siente en este instante". No se debe sugerir la respuesta. Si el entrevistado señala que hay dos o más afirmaciones que corresponden a la manera de sentirse, debe registrar el número más alto. No hay manual. Tiende a enfatizar contenido cognitivo. Tiene veintiún items que consisten de una serie de relatos ordenados respecto a síntomas particulares de la depresión. Los

Los pacientes indican su estado común en una escala de cero a tres.

Los ítems contenidos son dedicados al afecto, a conducta manifiesta, a síntomas somáticos y síntomas interpersonales. Fue diseñado para uso con poblaciones clínicas (puntaje de 13 para la selección y 21 para investigación clínica. El puntaje de depresión es la suma de la A a la U), pero se ha usado frecuentemente en poblaciones normales con puntaje de exclusión de un rango de 7 a 9. La correlación reportada con otras escalas de autoreporte es generalmente buena. También se ha encontrado correlación con escalas de clasificación clínica y escalas de observación conductual (Williams, Barlow y Agras, 1972; en Rehm, 1981 b). Se dice que es un instrumento breve y fácil de administrar.

REACTIVOS Y RESPUESTAS.

A. Tristeza:

0. No me siento triste.
1. Me siento triste o melancólico.
- 2a. Me siento triste o melancólico todo el tiempo y no puedo animarme.
- 2b. Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso.
3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportar.

B. Pesimismo:

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro.
1. me siento desalentado por el futuro.
- 2a. Siento que no tengo paara qué pensar en el porvenir.
- 2b. Siento que nunca saldré de mis problemas.
3. Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar.

C: Sensacion de fracaso.

0. No me siento como un fracasado.
1. Siento que he fracasado más que el promedio.
- 2a. Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo.
- 2b. Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo que puedo ver es una cantidad de fracasos.
3. Siento que soy un fracaso completo como persona (padre, esposo, esposa).

D. Insatisfacción:

0. No estoy particularmente insatisfecho.
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo.
- 1b. No gozo las cosas de la manera que acostumbraba.
2. Nunca siento satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho de todo.

E) Culpa:

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento mal o indigno gran parte del tiempo.
- 2a. Me siento culpable.
- 2b. Me siento mal o indigno casi siempre.
3. Siento que soy muy malo o inútil.

F. Expectativas de castigo:

0. no siento que este siendo castigado.
1. He tenido la sensación de que algo malo me puede ocurrir.
2. Siento que soy castigado o seré castigado.
- 3a. Creo que merezco ser castigado.
- 3b. Deseo ser castigado.

G. Autodesagrado:

0. No me siento decepcionado de mi mismo.
- 1a. Estoy decepcionado de mi mismo.
- 1b. No me agrado.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio.

H. Autoacusaciones:

0. No creo ser peor que cualquier otro.
1. Me critico por mi debilidad o errores.
2. Me reprocho mis culpas.
3. Me reprocho todo lo malo que ocurre.

I. Ideas suicidas:

- 0. No tengo ninguna intención de hacerme daño.
- 1. Tengo intenciones de hacerme daño, pero no las llevaría a cabo.
- 2a. Siento que estaría mejor muerto.
- 2b. Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera.
- 3a. Tengo planes definidos para matarme.
- 3b. Me mataría, si pudiera.

J. Llanto:

- 0. No lloro más de lo usual.
- 1. Lloro más de lo que acostumbraba.
- 2. Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo.
- 3. Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera hacerlo.

K. irritabilidad:

- 0. No estoy más irritado de lo habitual.
- 1. Me molesto o me irrito con mayor facilidad que lo usual.
- 2. Me siento irritado siempre.
- 3. No me irrito con las cosas que usualmente me irritaban.

L. Separación social:

- 0. No he perdido interés por la gente.
- 1. Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba estar.

2. He perdido casi totalmente el interés por las demás personas.
3. He perdido todo interés por las demás personas, y no me importa lo que les ocurra.

M. Indecisión:

0. Tomo decisiones tan bien como siempre.
1. Trato de evitar el tomar decisiones.
2. Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.
3. No puedo tomar ninguna decisión.

N. Cambios en la imagen corporal:

0. No siento que luzca peor de lo acostumbrado.
1. Me preocupa aparecer viejo o desagradable.
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia.
3. Siento que luzco feo o repulsivo.

0. Retardo laboral:

0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1a. Me cuesta un esfuerzo extra el empezar hacer algo.
- 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba.
2. Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa.
3. No puedo hacer ningún trabajo.

P. Insomnio:

0. Puedo dormir tan bien como siempre.

1. Despierto por la mañana más cansado que de costumbre.
2. Despierto una o dos horas más temprano que lo usual y me es difícil volver a dormirme.
3. Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

Q. Fatigabilidad:

0. No me canso más de lo normal.
1. Me canso más fácilmente que lo usual.
2. Me canso de no hacer nada.
3. Me canso demasiado al hacer cualquier cosa.

R. Anorexia (pérdida de apetito).

0. Mi apetito no excede a lo normal.
1. Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.
2. Mi apetito es deficiente.
3. No tengo apetito.

S. Pérdida de peso:

0. No he perdido mucho peso, o nada últimamente.
1. He perdido más de 2½ kg.
2. He perdido más de 5 kgs.
3. He perdido más de 7 kgs.

T. Preocupación somática:

0. No estoy interesado en mi salud que lo usual.

1. Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos.
3. Estoy sumamente preocupado de cómo me siento.

U. Pérdida de la libido:

0. No he notado ningún interés sexual.
 1. Tengo poco interés por el sexo.
 2. Mi interés por el sexo es casi nulo.
 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

LISTA DE ADJETIVOS DE DEPRESION (DEPRESSION ADJECTIVE CHECKLISTS DACL) (Lubin, 1965). Consiste de siete formas alternas (A a G), de A a D contiene veintidos adjetivos positivos y diez negativos. De E a G, veintidos positivos y doce negativos. Cada forma puede ser calificada por una plantilla. El sistema de calificación toma el número de adjetivos positivos menos los adjetivos negativos.

Se maneja el rango de:

Hombres - .79 a .88

Mujeres - .85 a .90

La confiabilidad media es :

Normales .83 a .92

Paciente .89 a .92

Establece la diferencia entre sujetos normales, personas no deprimidas y pacientes deprimidos. La validez concurrente en forma de correlación con otras escalas de depresión es moderada. Es quizá el más útil para evaluar fluctuaciones en el ánimo sobre periodos breves, asimismo diferencia grupos por la severidad de depresión. Es breve y fácil de administrar.

✓ INVENTARIO MULTIFACETICO DE PERSONALIDAD MINNESOTA (MINNESOTA MULTIPHASIC PERSONALITY INVENTORY) (Hathaway y Mckinley, 1942; 1980).

Es el instrumento más ampliamente utilizado en Estados Unidos (en México también) y quizá el más utilizado para evaluar la personalidad y la depresión. Tiene manual. Ha sido traducido a treinta idiomas y esta disponible en varios formatos (forma para grupos, página hacia abajo o tarjetas). Consta de 550 ítems, agrupados dentro de nueve escalas psicopatológicas, a saber: Hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad, feminidad, paranoia, psicostenia, esquizofrenia y mania. Toma de cuarenta y cinco minutos a dos horas contestarlo. Se puede aplicar de manera individual o grupal. Se le pide al entrevistado que conteste cada ítem rellenando un ovalo en una hoja de respuestas que le es proporcionada, en la cual marcará "cierto" ó "falso", según considere.

Ahora bien, en el MMPI en la escala D o del "Estado de ánimo" tan solo se pueden dar de cinco a diez minutos para responder.

Son sesenta los ítems correspondientes a esta escala, de los cuales veinte deben ser "Ciertos" y cuarenta "Falsos".

Los ítems "Ciertos" son:

5. El ruido me despierta facilmente.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
23. Sufro ataques de náuseas y vómito.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
41. He tenido periodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.
43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela o con personas conocidas a quienes no he visto desde hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
104. No parece importante lo que me pase.
130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
138. La crítica o el regaño me hiere profundamente.
142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
158. Lloro con facilidad.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
182. Tengo miedo de perder el juicio.
189. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.

- 193. No me dan ataques de alergia o asma.
- 236. Me preocupo.
- 259. Me resulta difícil el inicio de cualquier cosa.

Los ítems "Falsos" son:

- 2. Tengo buen apetito.
- 8. Mi vida diaria esta llena de cosas que me mantienen interesado.
- 9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
- 18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
- 30. A veces siento deseos de maldecir.
- 36. Raras veces me preocupo por mi salud.
- 39. A veces siento deseos de destruir cosas.
- 46. Tengo mayor razonamiento ahora que antes.
- 51. Me encuentro tan saludable como la mayoria de mis amigos.
- 57. Soy una persona sociable.
- 58. Todo esta ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
- 64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los demás pierden la paciencia conmigo.
- 80. De vez en cuando mortifico a los animales.
- 88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
- 89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.

95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
98. Creo en la segunda venida de Cristo.
107. Casi siempre soy feliz.
122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayoría de los que me rodean.
131. No me preocupa contraer enfermedades.
145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
153. Durante los últimos años casi siempre he gozado de salud.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
178. Mi memoria parece ser buena.
191. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
233. Algunas veces he sido un obstáculo para personas que querían hacer algo, no porque eso importara mucho, sino por cuestión de principios.
241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.
248. Algunas veces sin razón alguna o aún cuando las cosas no me

están saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".

263. Sudó con facilidad aún en días fríos.

270. Cuando salgo de casa no me preocupo de que las puertas y ventanas estén bien cerradas.

271. No culpo a la persona que se aprovecha de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.

272. A veces estoy lleno de energía.

285. A veces me río de chistes sucios.

296. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.

El MMPI, escala D fué empíricamente construido para diferenciar grupos deprimidos y no deprimidos, utilizando un puntaje estándar de 70 ó más. La correlación con otras escalas de evaluación es bastante buena. Su mayor deficiencia es su heterogeneidad y carencia de discriminación con la ansiedad, así como requerir una alta interpretación subjetiva.

ESCALA DE AUTODEPRESION DE ZUNG. (SELF-RATING DEPRESSION SCALE, SDS) (Zung, 1965). Fué planeado para incorporar tres factores:

- 1) Alteraciones de afecto.
- 2) Equivalentes o concomitantes fisiológicos y
- 3) Concomitantes psicológicos.

Consta de veinte ítems de los que diez son escritos en dirección

positiva y diez en dirección negativa. El examinado es cuestionado para indicar sobre una escala de cuatro puntos. Se le proporciona la lista y se le pide que ponga una marca en el recuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba. Incluye tres ítems de afecto, seis de cognición cuatro de conducta motora, seis somáticos y uno interpersonal social.

No existe manual. Su validez concurrente relacionada a correlaciones con otros instrumentos de depresión es buena. Aunque no ha ganado popularidad, no está desarrollado psicométricamente como otros instrumentos, sin embargo es corto y simple de administrar. Hay que señalar que enfatiza más respuestas cognitivas que conductuales y manifestaciones somáticas de depresión.

Veamos pues, los ítems de la escala:

1. Me siento abatido y melancólico.
2. En la mañana me siento mejor.
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.
5. Como igual que antes solía hacerlo.
6. Todavía disfruto de las relaciones sociales.
7. Noto que estoy perdiendo peso.
8. Tengo molestias de constipación.
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.

10. Me canso sin hacer nada.
11. Tengo la mente tan clara como antes.
12. Me resulta fácil hacerlas cosas que acostumbro.
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.
14. Tengo esperanzas en el futuro.
15. Estoy más irritable de lo usual.
16. Me resulta fácil tomar decisiones.
17. Siento que soy útil y necesario.
18. Mi vida tiene bastante interés.
19. Creo que les haré un favor a los demás muriéndome.
20. Todavía disfruto con las mismas cosas.

CES _ D

Desarrollado por el Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental (no mencionan donde) y derivado de otros inventarios de la depresión, con el propósito de medir el "nivel común de la sintomatología con énfasis en componentes afectivos y de ánimo deprimido" (Radloff, 1977 en Rehm, 1981 b). La escala tiene veinte ítems, en cada uno se describe en primera persona el estado de un síntoma depresivo específico. Las instrucciones cuestionan para que el sujeto examine e indique lo que sintió durante la semana anterior. La clasificación esta hecha en una escala de 0 a 3, como sigue:

- 0 - Raramente o no sucedió (menos de un día).
- 1 - Algo o poco en ese tiempo (1 a 2 días).
- 2 - Ocasionalmente o en cantidad moderada en ese tiempo (3 a 4

días).

3 - Más o todo el tiempo (5 a 7 días).

Dieciseis ítems describen síntomas negativos y cuatro son establecidos en dirección positiva para evitar una o una serie de respuestas. Ninguno se refiere a disturbio sexual o suicidio. Radloff reporta que la validez con otras escalas y la consistencia y confiabilidad es buena. Sin embargo no es un instrumento muy conocido ni muy relacionado a otros instrumentos y carece de validez discriminativa con la ansiedad.

B) ESCALAS DE CLASIFICACION CLINICA.

Son frecuentemente utilizadas como medidas de severidad, extensión y tipo de desorden en la literatura sobre la depresión. La razón general de tales medidas, es que intentan cuantificar y estandarizar el juicio clínico.

Estos instrumentos varían considerablemente en formato y van desde simples clasificaciones globales a escalas complejas y entrevistas estructuradas diseñadas para hacer decisiones diagnósticas. Es importante subrayar que éste tipo de instrumentos no es típico de la literatura sobre terapia conductual, más bien es utilizada en la literatura psiquiátrica, especialmente en evaluaciones de ensayos con drogas. Veamos algunas:

ESCALA DE PUNTAJES DE HAMILTON (RATING SCALE FOR DEPRESSION)
(Max Hamilton, 1960).

Desarrollada como un método para evaluar la severidad de la depresión entre pacientes diagnosticados como deprimidos. Consta de veintiún ítems, de los cuales diecisiete son síntomas depresivos (ocho se refieren a quejas somáticas, cinco a quejas conductuales, dos cognitivas y dos sobre afecto), ninguno se refiere a sintomatología interpersonal social. Cada ítem es contestado sobre una escala de 3 a 5 puntos. Cuatro síntomas adicionales son incluidos pero no son calificados. No existe un manual formal, sin embargo, el autor proporciona comentarios para cada ítem y sugiere líneas de seguimiento generales para elaborar clasificaciones. Asimismo sugiere que el puntaje global se derive de la suma de dos clasificaciones independientes.

Se ha reportado en algunos estudios, que esta escala tiene validez concurrente con otros métodos así como correlación con otras clasificaciones clínicas y con instrumentos de autoreporte (escala de Zung y Beck). Ha sido ampliamente utilizado como medida de resultados de tratamientos farmacológicos de la depresión.

Para obtener alta confiabilidad se requiere entrenamiento y habilidades como entrevistador.

Los ítems son los siguientes:

1. Talante depresivo (tristeza, desesperanza, impotencia, desamparo):
 0. Ausente.
 1. Acepta los síntomas sólo cuando se le pregunta.
 2. Comunica éstos síntomas no en forma verbal, sino por la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.
 3. El paciente refiere casi únicamente éstos síntomas en su comunicación tanto verbal como no verbal.

2. Sentimientos de culpa:
 0. Ausentes.
 1. Autoreproche; siente que le ha fallado a los demás.
 2. Rumiación de errores pasados o de malas acciones.
 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpa.
 4. Oye voces que lo acusan o lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. Suicidio:
 0. Ausente.
 1. Siente que la vida no vale la pena.
 2. Deseos de morir o pensamientos fugaces de matarse.
 3. Ideas de amagos suicidas.
 4. Intentos de suicidio (cualquier intento se califica con 4).

4. Insomnio inicial:

0. Nunca tarda en conciliar el sueño.
1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño.
(tarda más de media hora en dormirse).
2. Diariamente tarda en conciliar el sueño.

5. Insomnio o despertares intermedios.

0. Ausente.
1. Se queja de sueño superficial e inquieto durante toda la noche.
2. Despierta durante la noche; si se levanta de la cama calificar con 2, excepto si es para orinar.

6. Insomnio terminal:

0. Ausente.
1. Despierta en la madrugada, pero vuelve a dormirse.
2. Si se levanta no puede volver a dormirse.

7. Trabajo y actividades:

0. No tiene problemas.
1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en relación con las relaciones de trabajo o diversiones.
2. Pérdida de interés por las actividades, diversiones o trabajo, ya sea reportado directamente por el paciente o indirectamente por mostrarse desatento, indeciso y vacilante (siente que tiene que forzarse para iniciar el

trabajo o actividades).

3. Disminución del tiempo que dedicaba normalmente a sus actividades o disminución de la productividad.
 4. Dejó de trabajar a causa del padecimiento actual. En el hospital califique con 4 puntos, si el paciente no participa en ninguna actividad, salvo tareas de pabellón o si el paciente no efectúa sus labores del pabellón cuando se le deja sola.
8. Retardo (lentitud en el pensamiento y la palabra, dificultad para concretarse; actividad motora disminuida):
0. Pensamientos y palabras normales.
 1. Retardo ligero durante la entrevista.
 2. Retardo obvio durante la entrevista.
 3. Entrevista difícil.
 4. Imposibilidad de diálogo.
9. Agitación :
0. Ausente.
 1. El paciente juguetea con sus manos, se muerde las uñas, se tira los cabellos, se muerde los labios, etc.
10. Ansiedad psíquica:
0. Ausente.
 1. Tensión subjetiva o irritabilidad.
 2. Preocupación por cosas triviales
 3. Actitud ansiosa aparente en la expresión de su cara.

4. Habla espontáneamente de sus temores.

11. Ansiedad somática (angustia):

- | | |
|-------------------|---|
| 0. Ausente. | Signos fisiológicos concomitantes de |
| 1. Ligera | ansiedad: |
| 2. Moderada. | Gastrointestinales: Boca seca, flatulen |
| 3. Severa. | cia, indigestión, diarrea, retortijones |
| 4. Incapacitante. | eructos. |
| | Cardiovasculares: Palpitaciones, cefala |
| | lgias. |
| | Respiratorios: Hiperventilación, suspi- |
| | ros. |
| | Frecuencia urinaria. Sudación. |

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0. Ninguno.
1. Pérdida de apetito, pero come si se le insiste. Pide o necesita laxantes u otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13. Síntomas somáticos generales:

0. Ninguno.
1. Pesantez de extremidades, espalda o nuca. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
2. Cualquier síntoma bien definido.

14. Síntomas genitales:
0. Ausentes. (Síntomas como: Pérdida de la libido
 1. Débil. y trastornos menstruales, entre otros)
 2. Grave.
 3. Incapacitante.
15. Hipocondría:
0. Ausente.
 1. Atención excesiva a su cuerpo.
 2. Preocupación por su salud.
 3. Quejas frecuentes, solicita ayuda, etc.
 4. Ideas delirantes hipocondriacas.
16. Pérdida de peso (calificar A ó B):
- A. Valorado por interrogatorio.
0. No ha perdido peso.
 1. Probable pérdida de peso asociada al padecimiento actual.
 2. Pérdida de peso indudable.
- B. Valorado semanalmente por el médico al pesar al enfermo:
0. Pérdida menor de 500 grs. en una semana. Por término
 1. Pérdida de más de 500 grs. en una semana. medio.
 2. Pérdida de más de 1 kg. en una semana.
17. Conciencia de enfermedad (insight):
0. Se da cuenta de que esta deprimido y enfermo.
 1. Se da cuenta de que esta deprimido y enfermo, pero lo

atribuye a la comida, al clima, al trabajo excesivo, a los virus, a la necesidad de descanso, etc.

2. Niega por completo estar enfermo.

18. Variación diurna:

- 0. Ausente. Indicar si los síntomas son más severos en la mañana (M) o por la tarde
- 1. Ligera. (T).
- 2. Grave.

19. Despersonalización y sensación de irrealidad.

- 0. Ausente.
- 1. Ligera sensación de irrealidad.
- 2. Moderada. Ideas Nihilistas o de negación.
- 3. Severa.
- 4. Incapacitante.

20 Síntomas paranoicos:

- 0. Ausentes.
- 1. Susplicacia leve.
- 2. Susplicacia moderada.
- 3. Ideas de referencia.
- 4. Delirios de referencia y persecución.

21. Síntomas obsesivos y compulsivos.

- 0. Ausentes.
- 1. Leves.
- 2. Severos.

PROGRAMA PARA DESORDENES AFECTIVOS Y ESQUIZOFRENIA (SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA, SADS) (Endicott y Spitzer, 1978).

Fue desarrollado como un formato de entrevista estructurada para recolectar información estandarizada en base a decisiones diagnósticas del Criterio de Investigación Diagnóstica (RDC) (Spitzer. Endicott y Robins, 1978) desarrollado para establecer un criterio operacional estandarizado, cuyo propósito fue la selección de sujetos homogéneos para investigación. Se pueden encontrar tres formas del SADS, a saber:

SADS forma regular, que consiste en dos partes; la para uno recolecta información concerniente al episodio común y la anterior semana. La parte dos recaba información respecto a episodios anteriores.

SADS-L ó tiempo de vida, es similar a la parte dos del SADS regular, solo que es organizado para ser utilizado con pacientes que no presenten crisis.

SADS-C ó para cambio, consiste de ítems de la parte uno del SADS regular, cuyo propósito es hacer evaluaciones postest y seguimiento del estado común.

No existe manual, la forma incluye instrucciones al

entrevistador, sugiriendo manera de preguntar y escalas de clasificación a ser evaluadas, en el transcurso de la entrevista. Varios ítems, son completados con si, no ó sin información y otros en base a una escala de 3 a 9 puntos.

Se sugiere ser aplicado por profesionales, ya que se requiere un conocimiento sofisticado de la psicopatología manifiesta.

En términos de contenido, las subescalas, se describen como sigue:

Escala 1. Ideación y ánimo depresivo, consistente en cinco ítems, uno relacionado al afecto y cuatro a lo cognitivo.

Escala 2. Características endógenas. Son trece ítems, de los que siete se refieren a síntomas conductuales; cuatro a síntomas cognitivos, uno a síntomas afectivos y uno a interacción social.

Escala 3. Características asociadas a la depresión, consta de diecisiete ítems, que son de sintomatología conductual, cognitiva y uno social.

Escala 4. Conducta e ideación de suicidio, consta de cuatro ítems sobre intento y conducta de suicidio.

Escala 5. De ansiedad, consta de cinco ítems, referentes a ataques, número de ataques, fobias.

Escala 6. De síndrome maniaco, tiene dieciocho ítems referentes a: ánimo, actividad, irritabilidad, hiperactividad.

Escala 7. De ilusiones, alucinaciones, consta de veinte ítems.

Finalmente la Escala 8 se refiere a desórdenes del pensamiento formal y tiene seis ítems.

Rehm (1981), señala que la validez concurrente para las subescalas ha sido establecida por medio de correlaciones con la Escala de Ajuste de Katz. Se ha considerado como un instrumento para evaluar la presencia o ausencia del síndrome de la depresión.

Se muestran algunos ejemplos de la parte 1 del Programa de Desórdenes Afectivos y Esquizofrenia (Endicott y Spitzer, 1978):

Animo elevado y/o actitud optimista hacia el futuro, el cual dura al menos varias horas y esta fuera de proporción a las circunstancias.

¿Se siente muy bien o también muy alegre,.

Si no es claro: ¿Cuándo se siente por encima del mundo o como si nada pudiera hacer?.

¿Siente que todo trabajaría (fuera) justo de la manera que quiere?

Si la gente dice que podría pensar estar de buen ánimo o más que ello.

0. No información.
1. No todo, normal o deprimido.
2. Ligero,, por ejem.: espíritus buenos, más joviales que mucha gente en estas circunstancias. Pero de solo posible significancia clínica.
3. Media; por ejem.: definitivamente ánimo elevado y actitud optimista, que es algo fuera de proporción en estas circunstancias..
4. Moderado, Por ejem. ánimo y actitud estan claramente fuera de proporción

a las circunstancias.

5. Severa, por ejem. Calidad de ánimo eufórico

6. Extremo, por ejem. claramente regocijada, expresión exaltada y dice: "Todo es hermoso me siento bien".

(¿Qué hay sobre la semana pasada?)

Semana pasada 0123456

Menos necesidad para descansar que lo usual para sentir descanso (promedio por varios días cuando necesita menos descanso).

0. Ninguna información.

1. Ningún cambio o más descanso necesario.

¿Necesita menor descanso que lo usual para sentirse reposado?.

2. Hasta una hora menos que lo usual.

3. Hasta dos horas menos que lo usual.

(¿Cuánto descanso necesita ordinariamente?).

4. Hasta tres horas menos que lo usual

(¿Cuándo se siente mejor?).

5. Hasta cuatro horas menos que lo usual.

6. Cuatro o más horas que lo usual.

(¿Qué hay sobre la semana pasada?)

Semana pasada 0123456

Inusualmente energético, más activo que su nivel usual, sin fatiga esperada.

0. Ninguna información.

1. No diferente que lo usual o menos energía.

(¿Tiene más energía que lo usual para hacer las cosas?)

2. Ligeramente más energético pero de significancia cuestionable.

(¿Más un regreso al nivel usual o normal?).

(¿Parece probable también mucha energía?).

3. Poco cambio en el nivel de actividad, pero menos fatigado que lo usual.
4. Algo más activo que lo usual con menor o nada de fatiga.
5. Mucho más activo que lo usual con menor o nada de fatiga.
6. Inusualmente activo todo el día con menor o nada de fatiga.

ESCALA DE AJUSTE DE KATZ .

(Katz y Lylerly, 1963; Rehm , 1981, b).

Se considera como una medida informante, ya que por un lado el paciente da sus respuestas, pero también un informante significativo, a través del cual se evalúan los problemas interpersonales sociales. Consiste en dos series de escalas: cinco para ser completadas por el paciente y cinco por el informante o relativo. El propósito es medir síntomas psiquiátricos y otros índices de conducta social que pueden ser relevantes al ajuste social. Fueron desarrolladas con el intento de evaluar ajuste pre y post-hospitalización. La razón de las dos escalas es que la conducta social implica a ambos: sujetos y percepciones del medio ambiente social.

La primera de las escalas relativas es la forma R-1. Consta de 127 ítems, intenta cubrir sintomatología relevante a depresión,

ansiedad, desconfianza, evitación. Cada ítem se clasifica en una escala de frecuencia de cuatro puntos de "casi nunca" a "casi siempre".

La forma R-2 la etiquetan como "Nivel de ejecución de actividades esperadas socialmente", consiste de 16 ítems, describen conductas sociales típicas -no las mencionan- y tiene la escala de tres puntos de "no lo hago" a "lo hago regularmente".

La R-3 es "Nivel de expectativas para ejecutar las actividades sociales", tiene 16 ítems. La escala es de tres puntos de "no espero hacerlo" a "espero hacerlo regularmente".

La forma RS-4 "Nivel de actividades de tiempo libre", consta de 23 ítems que cubren pasatiempos, actividades sociales y en comunidad, así como actividades de automejora. La escala es de tres puntos, de "frecuentemente" a "prácticamente nunca".

La forma R-5 "Nivel de satisfacción con actividades de tiempo libre", tiene 23 ítems, con una escala de tres puntos.

Las escalas del paciente son S-1, "Inconforme con los síntomas"; S-2, "Nivel de ejecución de actividades socialmente esperadas"; S-9, "Nivel de expectativas"; RS-4 "Nivel de actividades de tiempo libre" y S-5, "Nivel de satisfacción con actividades de

tiempo libre" y son semejantes a las formas relativas.

Los ítems están elaborados con un vocabulario sencillo e instrucciones igualmente sencillas. Aunque esta escala no ha sido desarrollada psicométricamente se ha realizado trabajo con las formas relativas particularmente en términos conductuales. Al parecer no hay otra escala diseñada para uso de otros informantes.

ESCALA RASKIN DE SEVERIDAD GLOBAL DE LA DEPRESION (RASKIN GLOBAL SEVERITY OF DEPRESSION SCALE) (Raskin, Schultbrandt, Reatig, Crook y Odle, 1974; en Hammen, 1981).

Ha sido muy utilizado en estudios de tratamiento farmacológico. Fue desarrollado como un método para seleccionar sujetos de investigación. Tres áreas son clasificadas en escalas de cinco puntos y sumadas:

- a) Reporte verbal de síntomas subjetivos.
- b) Conductas depresivas observadas (expresión verbal, baja energía, etc.) y
- c) Síntomas secundarios (somáticos).

Esta escala requiere considerable entrenamiento para estandarizar los juicios. Tiene la ventaja de la simplicidad, pero la desventaja es que carece de especificidad.

LISTA DE SENTIMIENTOS Y FACTORES ADYACENTES (FEELINGS AND CONCERNS RATING SCALE FOR DEPRESSION) (Grinker, Miller, Sabsnin, Nunn y Nunnally, 1961; en Rehm, 1981 b).

Consta de 47 ítems cada uno es calificado en una escala de cuatro puntos, de 0 (no presente) a 3 (marcadamente presente), el contenido de estos ítems es enteramente cognitivo y podría ser útil en combinación con otras escalas. Se mencionan cinco factores, a saber:

- 1) Tristeza, desilusión, sentimientos dañados.
- 2) Proyección a eventos externos;
- 3) Sentimientos de culpa;
- 4) Ansiedad y
- 5) Implorar apego por amor.

Los datos de confiabilidad son generalmente buenos. Este instrumento se ha utilizado en estudios de resultados de psicoterapia.

C) METODOS DE OBSERVACION DIRECTA.

La estrategia básica para desarrollar técnicas de evaluación conductual más precisas y objetivas para medir aquellas conductas que son utilizadas como criterio para diagnóstico de la depresión; para ello, se han realizado observaciones tanto en

locales clínicos, como en hogares y estudios de investigación y se ha diagnosticado el rubro de "depresión" sobre la base de las entrevistas al cliente y registro de observaciones directas o indirectas, tal como registros de conducta verbal y motora a través de grabaciones, filmes, etc..

Por ejemplo, Williams, Barlow y Agras, 1972 en Jacobson, 1981; Rehm, 1981 b), utilizaron procedimientos de evaluación conductual para diez pacientes psiquiátricos deprimidos (hospitalizados), en el transcurso de las 8:00 A.M. a las 16:00 P.M., cada media hora, un observador entrenado notó la presencia o ausencia de cada una de las siguientes clases de respuesta: Platicar, sonreír, actividad motora y tiempo fuera del cuarto. Los autores encuentran una correlación sustancial entre las observaciones conductuales y entrevistas de clasificación (Escala de Hamilton .71) y autoreporte (B.D.I., .67) y reportan una confiabilidad estimada de 96%.

Reisinger (1972; en Rehm, 1981 b) empleó medidas de observación directa con pacientes hospitalizados, en un diseño reversible. Describe el uso de reforzamiento con fichas y costo de respuestas para incrementar la conducta de sonreír y decrementar la de llorar. Se definieron cuidadosamente y de manera conductual las respuestas, lo cual lleva a obtener una confiabilidad estimada del noventa por ciento.

Ranelli (1978), encontró diferencias entre sujetos no deprimidos y deprimidos sobre la inclinación de cabeza. Waxer (1974), las encontró pero de postura y Ekman y Friesen (1974), en gesticulaciones (citado en Rehm, 1981 b).

Las observaciones en caso de conductas específicas asociadas con la depresión también han sido utilizadas por investigadores que observan en el hogar, toman grabaciones y posteriormente en laboratorio retoman conductas específicas, centrando su atención en la conducta interpersonal del paciente y su familia.

Lewinsohn y colegas (1968, 1970, 1973; en Rehm, 1981 b), han utilizado registros de conducta verbal, a saber: Contenido, tasa, interacción verbal, etc., como parte de la evaluación para identificar áreas problema, en una serie de casos clínicos.

Fuchs y Rehm (1977; en Rehm, 1981 b), filmaron la interacción entre grupos de sujetos deprimidos, en donde el terapeuta estuvo ausente, encontrando conductas verbales y no verbales.

También merecen mención los programas de actividad, como instrumentos de evaluación, que implican el autoregistro de actividades. Veremos algunos a continuación.

D) PROGRAMAS DE ACTIVIDAD.

PROGRAMA DE EVENTOS AGRADABLES (PLEASANT EVENTS SCHEDULE).

(Macphillamy y Lewinsohn, 1971, 1972, 1976; en Lewinsohn, 1982).

El PES es propuesto para evaluar la cantidad de reforzamiento positivo externo que el individuo recibe. Consta de 320 ítems, que constituyen una muestra exhaustiva de interacciones con el medio ambiente que mucha gente encuentra agradable. Sus autores asumen que los eventos experimentados subjetivamente como agradables tienen un valor de reforzamiento positivo. El paciente proporciona la frecuencia de ocurrencia de cada evento durante el mes anterior sobre una escala de tres puntos, a saber:

- 0.- No ocurrió en los pasados treinta días.
- 1.- Ocurrió pocas veces (1-6) en los últimos treinta días.
- 2.- Ocurrió frecuentemente (7 o más veces) en los treinta días pasados.

En otra escala, proporciona el placer subjetivo de los eventos:

- 0.- Podría no ser muy agradable.
- 1.- Podría ser algunas veces agradable y
- 2.- Podría ser muy agradable.

Tres puntajes son derivados de estas clasificaciones: Nivel de

actividad (frecuencia), reforzamiento potencial (placer subjetivo) y reforzamiento objetivo (frecuencia y placer).

El PES proporciona también subescalas para interacción sexual, soledad, actividades al aire libre y actividades sociales.

Veamos algunos ejemplos:

1. Reir.
2. Estar relajado.
3. Platicar sobre otra gente.
4. Pensar sobre algo bueno en el futuro.
5. Hay gente que muestra interés en lo que digo.
6. Estar con los amigos.
7. Comer buena comida.
8. Respirar aire puro.
9. Ver un paisaje hermoso.
10. Pensar en gente que me gusta.
11. Tener una conversación franca y abierta.
12. Llevar ropa limpia.
13. Tomar té, café, coca con los amigos.
14. Llevar ropa informal.
15. Estar enterado de ser sexualmente atractivo.
16. Tener paz y quietud.
17. Sonreir a la gente.
18. Descansar profundamente en la noche.
19. Sentir la presencia del Señor en mi vida.

20. Besar.
21. Hacer un buen trabajo.
22. Tener una plática vivaz.
23. Ver bien las cosas que le suceden a la familia o amigos.
24. Ser popular en una reunión.
25. Decir algo claramente.
26. Leer historias, poemas, novelas o juegos.
27. Planear u organizar algo.
28. Aprender algo nuevo.
29. Dar un cumplido o elogiar a alguien.
30. Divertir a la gente.
31. Estar con alguien que amo.
32. Mirar a la gente.
33. Hacer un nuevo amigo.
34. Ser elogiado o decirme que tengo algo bueno.
35. Expresar mi amor a alguien.
36. Tener relaciones sexuales con una pareja del sexo opuesto.
37. Tener tiempo disponible.
38. Ayudar a alguien.
39. Tener amigos que ir a visitar.
40. Escuchar sonidos de la naturaleza.
41. Mirar a los animales silvestres.
42. Conducir hábilmente.
43. Platicar sobre deportes.
44. Encontrar alguien nuevo del mismo sexo.
45. Planear viajes o vacaciones.

46. Tener "lonch" con amigos o asociados.
47. Estar con los animales.
48. Ir a una fiesta.
49. Sentarse en el sol.
50. Ser elogiado por gente que admiro.
51. Hacer un proyecto a mi propia manera.
52. Decir que soy necesario.
53. Admirar a una mujer o un hombre atractivo.
54. Decir que soy amado.
55. Ver viejos amigos.
56. Ir a la playa.
57. Escuchar música.
58. Visitar amigos.
59. Ser invitado a salir.
60. Ir a un restaurant.
61. Platicar sobre filosofía o religión.
62. Cantar para mí.
63. Pensar en mí o en mis problemas.
64. Solucionar un problema, crucigrama, etc.
65. Completar una tarea difícil.
66. Tener una idea original.
67. Tomar en una reunión.
68. Dar masajes.
69. Encontrarse alguien del sexo opuesto.
70. Estar en la ciudad.
71. Preguntar por mi ayuda o consejo.
72. Hacer quehacer, limpiar cosas.

73. Descansar hasta tarde.
74. Jugar en la arena.
75. Ver las estrellas o la luna.

PROGRAMA DE EVENTOS NO AGRADABLES (UNPLEASANT EVENTS SCHEDULE)
(Lewinsohn, 1975; en Lewinsohn, 1982).

Tiene también 320 ítems, al contrario del PES, en este se contempla una amplia muestra de interacciones con el medio ambiente, que la gente encuentra desagradable. Se asume que los eventos experimentados como actos desagradables subjetivamente son castigantes.

Utiliza escala de puntajes similares a las del PES, considerando primero la frecuencia y después la aversión, experimentada el mes anterior.

El UES proporciona escalas para eventos relacionados a salud y bienestar; eventos financieros y materiales; eventos sobre aspecto sexual, marital y de amistad; eventos de trabajo, logro académico, legales y éxitos sociales.

Ambos el PES y el UES, sugieren la clase de eventos reforzantes y castigantes, respectivamente, potencialmente relacionados a la depresión del paciente.

Veamos algunos ejemplos:

1. Estoy insatisfecho con mi esposa (o).
2. Trabajar en algo cuando estoy cansado.
3. Discutir con mi esposa.
4. Estar incapacitado (para trabajar, ir a la escuela, etc.).
5. Tener una enfermedad menor (dolor de muelas, ataque de alergia, frío, gripa, acné, etc.).
6. Tener a mi pareja insatisfecha conmigo.
7. Trabajar o hacer algo que no me gusta.
8. Recibir calificación o ser evaluado.
9. Tener mucho que hacer.
10. Realizar algo que no puedo y debo.
11. Tener un examen.
12. Ir a ver un trabajo.
13. Dejar una tarea incompleta o demorarla.
14. Trabajar en algo que no se manejar.
15. Estar apresurado.
16. Estar cerca de gente desagradable (borracho, fanático).
17. Tener alguien desagradable conmigo.
18. Ser insultado.
19. Tener un proyecto o tarea atrasado.
20. Tener que interrumpir algo o correr escasamente (carro, instrumentos, etc.).
21. Vivir en un lugar desordenado y sucio.
22. Mal tiempo.
23. No tener suficiente dinero para extras.

24. Fallar en algo (prueba, clase, etc.).
25. Ver animales con mala conducta (hacer desórdenes, perseguir carros).
26. Estar sin privacidad.
27. Comer un alimento desagradable.
28. Trabajar bajo presión.
29. Ejecución pobre en deportes.
30. Platicar con una persona desagradable (obstinado, presuntuoso).
31. Reconocer que alguien que amo se desarrolle aparte.
32. hacer algo que no quiero hacer y lo piden por favor.
33. hacer un trabajo pobre.
34. Aprender que un amigo o allegado esta enfermo, hospitalizado o es necesaria una operación.
35. Enseñar que hacer.
36. Manejar bajo condiciones adversas (tráfico pesado, mal tiempo, noche, etc.).
37. Tener un gasto mayor inesperado (cuenta de hospital, reparaciones de casa, etc.).
38. Tener miembros de la familia o amigos que hacen algo que desapruebo (abandonar religión, darse de baja en la escuela, tomar bebidas alcohólicas, drogas, etc.).
39. Que alguien este violento conmigo y quiera perjudicarme.
40. Ser engañado, fanfarroneado, estafado.
41. Ser regañado.
42. Estar molesto por lios administrativos, periódico, etc.

43. Estar lejos de alguien que amo.
44. Escuchar a la gente quejarse.
45. Tener un amigo o vecino que viva insatisfecho.
46. Conocer un amigo inmediato que este trabajando bajo condiciones adversas.
47. Aprender de noticias locales, nacionales o internacionales (corrupción, decisiones gubernamentales, crímenes, etc.).
48. Estar solo.
49. Disciplinar a un niño.
50. Decir algo no claro.
51. Mentirle a alguien.
52. Respirar aire sucio, apestoso.
53. Ser cuestionado de algo que no quiero contestar.
54. Estar en climas muy calientes.
55. Ser despertado cuando descanso.
56. Hacer algo embarazoso en presencia de otros.
57. Ser inadaptado.
58. Recibir información contradictoria.
59. Tener miembros de la familia o amigos que hagan algo que me avergüence de ellos.
60. Ser excluido o retirado.
61. Perder o colocar mal algo (billetera, llaves, pelota de golf etc.).
62. No tener suficiente tiempo para estar con la gente que quiero (cónyuge, amigos, pareja).
63. Hacer malas interpretaciones (en deportes, mi trabajo, etc.)

64. Tener un amigo o familiar con problemas de salud mental.
65. Perder un amigo.
66. Hacer quehacer, lavar o limpiar cosas.
67. Escuchar a alguien que no para de platicar.
68. Estar con gente mala.
69. Estar con gente que ignora lo que digo.
70. Estar inconfortable físicamente (estar mareado , constipado, tener dolor de cabeza, tener frio, pasar por un examen rectal, tener hipo, etc.).
71. Tener a alguien que cuidar del fracaso (trabajo, escuela, etc.) que es importante para él o ella.
72. Estar con alguien que no participa de mis intereses.
73. Tener a alguien debido a mi dinero o a algo que me pertenece
73. Conocer a alguien que beba, fume o ingiera drogas.
74. Tener malentendidos o equivocaciones.
75. Estar forzado a hacer algo.

En otros acercamientos que tienen la hipótesis de que las habilidades sociales son el déficit principal en la depresión, han adoptado instrumentos de evaluación como el Inventario de Asertividad de Wolpe y Lazarus (1967; en Rehm, 1981 b). Lo han utilizado Rehm y colaboradores en conjunto con una situación de prueba filmada; Hersen, Bellack y Himmelhoch (1977), considerando también una prueba de papel del juego conductual.

Hay además varias medidas sobre distorsión cognitiva, presentadas en un intento por evaluar los déficits hipotetizados por Beck.

E) INSTRUMENTOS MULTIPLES DE MEDICION DE RESPUESTAS COGNITIVAS.

Hammen (1981), menciona las siguientes:

DYSFUNCIONAL ATTITUDE SCALE. ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES.

(Weissman y Beck, 1978; en Hammen, 1981). Intenta evaluar la adherencia a ciertos temas y asunciones de ideas para sostener el pensamiento depresivo. Sus dos formas paralelas de 40 ítems, fueron desarrolladas y probadas con estudiantes. En términos de validez, obtiene alta correlación con el BDI. No se ha utilizado aún con poblaciones clínicamente deprimidas. Se considera una medida con características de distorsiones cognitivas.

PERSONAL BELIEFS INVENTORY. INVENTARIO DE CREENCIAS PERSONALES.

(Lewinsohn, Muñoz y Larson 1978; en Hammen, 1981). Los autores reportan que el contenido es similar al de la escala anterior, se incluyen creencias sobre éxito, fracaso, fatalismo y control.

SUBJECTIVE PROBABILITY QUESTIONNAIRE. CUESTIONARIO DE
PROBABILIDAD SUBJETIVA.

(Lewinsohn y Cols, 1978; Hammen, 1981), califica expectativas de eventos futuros y presentes, tanto positivos como negativos respecto a sí y al mundo. El instrumento diferenció sujetos normales, deprimidos y controles psiquiátricos no deprimidos.

Asimismo identificó el área de cogniciones auto-relevantes como más negativas para la persona deprimida. Evalúa creencias generales y cogniciones específicas.

COGNITIVE EVENTS SCHEDULE. PROGRAMA DE EVENTOS COGNITIVOS.

(Lewinsohn y Cols, 1978; Hammen, 1981), indica que los individuos depresivos tienen pensamientos específicos negativos más frecuentemente que los controles no depresivos.

No hay un análisis psicométrico extenso disponible sobre los instrumentos ya mencionados, sin embargo, parecen prometedores.

Ahora bien, Seligman, Abrahmson, Semmel y Von Bayer (1979, en Seligman, 1981; Rehm, 1981; Hammen, 1981, reportan la ESCALA DE ESTILO ATRIBUCIONAL, la cual evalúa las creencias individuales sobre la causa de doce eventos estandarizados; mitad de los cuales tienen resultados positivos y mitad negativos; mitad temas de afiliación y la otra mitad temas interpersonales; esta desarrollada para probar si es que los depresivos tienen o no el estilo atribucional que el modelo predice.

Aunque los datos psicométricos carecen de las propiedades de una escala, sus autores señalan para su hipótesis que los estudiantes deprimidos tienen más probabilidad de construir causas de resultados negativos, como internas, globales y estables en comparación con los no deprimidos.

C U E S T I O N A R I O D E A U T O C O N T R O L .

(Fuchs y Rehm, 1977; en Rehm, 1981 b), El cuestionario consta de tres aspectos: Auto-evaluación, auto-recompensa o castigo y creencias y actitudes de autocontrol. Este último parece ser más sensitivo al cambio en el programa de autocontrol. Los detalles psicométricos, no son aún conocidos.

II.3 PROBLEMAS ENCONTRADOS.

Después de haber mencionado algunos de los instrumentos más ampliamente utilizados dentro del rubro de "depresión" pasamos a señalar los problemas encontrados.

La heterogeneidad es uno de los problemas encontrados, en tanto que no hay un acuerdo de lo que es la depresión, por lo que podemos encontrar instrumentos de evaluación que se ocupan del ánimo, afecto, distorsiones cognitivas, respuestas motoras, verbales, etc.

Existen aquellos instrumentos en los que no solamente se evalúa a la depresión sino a la ansiedad y otros "estados emocionales", por lo que se considera que no hay una discriminación adecuada de lo que se va a evaluar.

el puntaje es otro problema, ya que en cada instrumento se ha establecido un puntaje muy particular, y cuando se desea obtener una correlación con otras medidas existe la dificultad de efectuar comparaciones paramétricas, ya que se ignora si los puntajes que de cada prueba son equivalentes. (La correlación aquí es importante porque si hay relación entre dos o más variables se puede considerar que hay información confiable).

Las diferencias de formato crean en la comparación de instrumentos, ya que algunos ofrecen estados de ánimo y solo

requieren una respuesta, tal como: Verdadero o Falso o el grado de armonía; otros cuestionan si un síntoma esta presente o ausente o que tan frecuentemente ocurre. La estructura del tiempo varia, va de períodos específicos ("raramente o no sucedió" a designaciones más generales "casi nunca"). Estas variaciones de tiempo pueden arrojar diferencias considerables en las respuestas y en el índice de severidad de las conductas y/o eventos inadecuados (sobre todo porque se asignan difentes valores numéricos a cada opción temporal en las diferentes pruebas).

Es difícil hacer comparaciones, entre un autoreporte, un reporte clínico, una observación directa u otros instrumentos de evaluación significativos y que, tanto el contenido como el método varían. Y en todo caso, más bien podrían complementarse.

Todos estos problemas estan referidos a la dificultad de comparar los diferentes estudios, ya que se han utilizado diferentes instrumentos de evaluación.

Respecto a los instrumentos sobre distorsión cognitiva, centrados en la Teoría de Beck, se puede señalar que hay dificultad en el sentido de que el término "cognición" carece de precisión, ya que al parecer se agrupan al mismo tiempo dentro de esta etiqueta, niveles, segmentos temporales y tipos de procesos internos diferentes.

Cabe señalar que los instrumentos de evaluación verbal, programas de actividad y sobre distorsión cognitiva. Estos se consideran más bien como experimentales ya que es necesario tener más datos y refinamiento psicométrico.

Con todo, los instrumentos recientes, que intentan medir el constructo de la depresión, parecen ser más prometedores para la predicción de la respuesta a tratamientos específicos.

II.4 CONSIDERACIONES PERSONALES

Para el investigador, tanto la definición de la población como la descripción son muy importantes, pero como la "depresión" es heterogénea, los investigadores pueden sacar sus muestras de manera muy diferente. La población podría ser definida por el uso de instrumentos de más de una perspectiva.

Un aspecto importante, es que el tipo de respuestas sean definidas en términos más específicos ya sea en cuanto a frecuencia y/o ocurrencia en temporalidad. Aunque claro, ello resultaría un cuanto tanto difícil ya que como hemos mencionado antes, la depresión pertenece a una dimensión temporal, por lo que nos inclinamos más hacia un análisis detallado de los comportamientos, situaciones o eventos cognitivos más específicos.

En este sentido nos interesamos poco por el rótulo, pues no nos interesa darle un nombre al problema sino determinar sus causas funcionales. Esto es identificar las variables implicadas en la presentación de las conductas problema. Como señala Kanfer (1980), en un análisis funcional, están implicadas una extensa gama de datos específicos, tal como, factores históricos, sociales, cognoscitivos y biológicos, lo mismo que comportamientos directamente observables.

Insistimos entonces, en la importancia de realizar la evaluación en términos funcionales para lo que es necesario efectuar un análisis cuidadoso de los repertorios que el sujeto posee. Averiguar que factores ambientales controlan su comportamiento y que conductas y/o habilidades requiere para ser establecidas. En suma, señalar los determinantes actuales que controlan su comportamiento problemático, para poder desplegar su potencialidad conductual y alterar la acción de las influencias ambientales.

También es importante señalar más específicamente, que este tipo de estudios son muy pocas veces utilizados en el campo clínico asistencial o en los consultorios particulares en nuestro país. Más bien su aplicación es más amplia en los estudios de investigación.

Conviene también mencionar que cualquier escala o inventario, para medir la depresión es tan sólo un auxiliar en el diagnóstico de ésta, por tanto nunca suplirá (o al menos eso considero) un análisis clínico efectuado por profesionales calificados.

C A P I T U L O I I I :

T R A T A M I E N T O S .

III.I TRATAMIENTOS DE ACUERDO A LOS DIFERENTES MODELOS.

Ahora bien, los tratamientos que han sido utilizados para la depresión, son al igual que sus perspectivas teóricas muy variados, mencionaremos aquellos que no son de mayor interés, como el farmacológico, cognitivo y conductual en donde se utilizan diferentes técnicas y procedimientos.

1) TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

Utiliza básicamente la llamada farmacoterapia que consiste en administrar una serie de agentes farmacológicos para el tratamiento de la depresión. Los medicamentos más ampliamente utilizados son la amitriptilina, la imipramina, los inhibidores de la MAO y el litio (American Psychiatric Association Task Force, 1975, en Hollon, 1981).

2) TRATAMIENTO CONDUCTUAL.

Se caracteriza por el comportamiento evidente y específico, precisar con claridad las metas terapéuticas, formular los procedimientos específicos para abordar determinados problemas y evaluar en forma objetiva los resultados de la terapia. En sí, esta terapia tiende a que el usuario adquiera un nuevo comportamiento eliminando la conducta inadecuada y reforzando a la vez el sostenimiento de la nueva pauta comportamental.

Para lograr que el sujeto participe más frecuentemente en actividades recompensantes y/o eleve su nivel de actividad, se han desarrollado estrategias como el manejo de contingencias y entrenamiento de habilidades para incrementar el reforzamiento de conductas reforzables cuando existe déficit en reforzamiento de conductas depresivas o exceso en castigo. Se han utilizado también en entrenamiento de autocontrol, entrenamiento de asertividad, entrenamiento de relajación, etc. . Enseguida describimos someramente dichas estrategias. (Robinson y Lewinsohn, 1973; Zeiss, Lewinsohn y Muñoz, 1979, Fuchs y Rehm, 1977; Rimm y Masters, 1982; Kazdin, 1978).

A) MANEJO DE CONTINGENCIAS.

Consiste en la presentación y retiro contingentes de recompensas y castigos al sujeto cuando éste realiza determinado comportamiento adecuado o inadecuado. En este sentido es importante saber que recompensa y/o reforzadores pueden manipularse y ser más efectivos para el individuo, así como las conductas que se requieren alterar.

En sí, son básicos el reforzamiento positivo y negativo, el castigo y la extinción. Veamos en que consisten: El reforzamiento positivo es el aumento en la frecuencia de una respuesta seguida por un evento favorable; El reforzamiento negativo. Se refiere al incremento en la frecuencia de una

respuesta al eliminar un evento aversivo inmediatamente después de que se presenta la conducta. Castigo, consiste en la presentación de un evento aversivo, o bien en la eliminación de un evento positivo, enseguida de la ejecución de la respuesta, por lo que hay una disminución en la frecuencia de esa respuesta. Extinción: Consiste en cesar el reforzamiento de una respuesta, lo cual da como resultado la reducción o eliminación eventual de la conducta.

B) ENTRENAMIENTO DE ASERTIVIDAD.

Esta técnica se aplica a situaciones interpersonales y es de utilidad para propiciar un cambio de actitudes, se emplea con personas con dificultad para expresar su enojo o disgusto, los que no pueden decir no, o quienes tienen dificultad para expresar su afecto. Esta técnica consiste en pedir a la persona que represente el papel de otra sintiéndolo al máximo con lo cual aumenta la posibilidad de aceptación de la nueva posición al improvisar y buscar razones y argumentos que le parecieran más convincentes y positivos.

C) DESENSIBILIZACION SISTEMATICA.

Es una de las técnicas utilizadas en la terapia conductual para extinguir conductas reforzadas negativamente creando una respuesta antagónica. Wolpe, (1969); en Rimm y Masters, (1982), desarrolla esta técnica en la que el objetivo es tratar la

ansiedad, implicando el entrenamiento de la relajación. La premisa fundamental señalan Rimm y Masters (1982), es que al estar relacionada la tensión muscular con la ansiedad es preciso lograr que los músculos tensos se aflojen experimentando así una reducción de la ansiedad. Para lograr la relajación muscular es necesaria la ejercitación de la tensión y relajación alternadas de los diferentes grupos musculares, claro está, trabajando éstos de manera gradual.

D) TRATAMIENTO EN EL MODELO DE LEWINSOHN.

Ya más específicamente, dentro del modelo de Lewinsohn, el objetivo principal es establecer tasas adecuadas de reforzamiento positivo contingente a las respuestas, en la vida de la persona. Si la persona depresiva experimenta también altas tasas de eventos aversivos, estas deben disminuir en frecuencia. Así, se modifican la frecuencia, calidad y rango de interacciones sociales y actividades de la persona. En este tratamiento, las metas y estrategias son altamente individualizadas. Es una terapia de tiempo limitado y altamente estructurada, en donde el cliente juega un papel activo. La duración del tratamiento es de doce semanas, con un rango de uno a tres meses. Las etapas de este tratamiento se describen enseguida:

D.1) FASE DE EVALUACION DIAGNOSTICA.

Es necesaria para determinar la naturaleza, severidad y subtipo

del problema presentado por el individuo. Para este fin se utilizan una combinación de entrevistas y medidas de autoreporte.

D.2) FASE DE CONCEPTUALIZACION.

Aquí se discute el porqué de este tratamiento y se incrementa la información de la persona acerca de cómo el ánimo disfórico se vincula a eventos específicos. Se "desmistifican" sus problemas y se redefinen de manera que incremente la percepción de control. Una vez que se han redefinido los síntomas depresivos del individuo, quedan como problemas específicos que pueden ser resueltos.

D.3) ANALISIS FUNCIONAL.

Es necesario realizar este análisis para localizar persona-medio-ambiente específicas relacionadas a la depresión de la persona y para generar metas de tratamiento específicas, para lo cual se utiliza el Programa de Eventos Agradables y el Programa de Eventos Desagradables. Las respuestas de las personas a estos programas sirven para elaborar un programa de actividad individualizado; el cual contiene los 80 eventos más agradables y los 80 más desagradables. Este programa es utilizado en ejercicios de monitoreo diario.

D.4) EJERCICIOS DE MONITOREO DE ACTIVIDAD Y ANIMO.

Son utilizados para desarrollar y refinar metas de tratamiento específicas. Las fluctuaciones de ánimo son evaluadas utilizando la Lista de Adjetivos de Depresión de Lubin (1967), y las actividades agradables y desagradables son registradas. Los clientes son enseñados a graficar los datos del monitoreo diario, para demostrar la asociación entre eventos agradables, desagradables y ánimo. Aquí es donde utilizan las tácticas, que de manera general caen en tres categorías a saber:

INTERVENCIONES MEDIOAMBIENTALES.

Cambiar aspectos del medio ambiente que están relacionadas a fluctuaciones de ánimo. Las intervenciones medioambientales son especialmente útiles cuando el medioambiente del paciente es altamente empobrecido y/o aversivo. Una intervención medioambiental implica el cambio de lugar físico y social, por ejemplo, cambiarse de casa, irse a otra actividad, separarse del esposo, cambiar de trabajo, etc.. Otra clase de intervención medioambiental es el manejo de contingencias, la cual implica cambiar las consecuencias de ciertas clases de conductas.

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES.

Enseñar al cliente habilidades concretas que puedan ser utilizadas para cambiar interacciones medioambientales negativas

y habilidades para mantener estos cambios después de que la terapia haya terminado. El entrenamiento implica generalmente, introducción didáctica a las habilidades implicadas, modelamiento e instrucción por el terapeuta, juego de papeles y ensayo, práctica por el paciente dentro y fuera del tratamiento y finalmente la aplicación de estas habilidades en la vida real.

HABILIDADES COGNITIVAS.

Enseñar al cliente a mejorar lo agradable y a reducir lo desagradable de las interacciones persona-medio-ambiente. Se pueden facilitar cambios en la manera de pensar de los clientes sobre su realidad. Se les enseña a discriminar entre pensamientos negativos y positivos; necesarios e innecesarios, constructivos y destructivos.

Por lo general, se les da entrenamiento de relajación, ya que la alta ansiedad es incompatible con la experiencia de placer y tiende a hacer los eventos desagradables más aversivos. Finalmente el cliente y terapeuta, desarrollan un programa de prevención-mantenimiento individualizado, para mejorar la generalización del tratamiento.

3) ENTRENAMIENTO DE AUTOCONTROL.

Generalmente las personas muestran un patrón de conducta de

autoderrota o daño o se involucran con poca frecuencia en ciertas conductas. El programa de autocontrol implica entonces, los esfuerzos simultáneos para aumentar la probabilidad de cierto tipo de respuestas y disminuir, a la vez, otro tipo de respuestas. El autocontrol esta ligado en sí al autorreforzamiento, es decir hay libre acceso a la recompensa, pero no se participa de ella hasta el momento en que se ha efectuado la respuesta deseada. Este procedimiento se implementa más fácilmente en una etapa temprana de la cadena de respuestas.

Ahora bien, los requisitos de respuesta deben ser lo suficientemente modestos para hacer que aumenten las probabilidades de que el cliente continúe con sus metas conductuales. En este sentido es preciso subrayarle que no muestre una actitud de todo o nada en relación a su conducta problema. (Rimm y Masters, 1982).

El autocontrol implica la participación activa del individuo en el proceso de terapia, a todos los niveles, desde la recopilación de la información; especificación del problema, planificación de la intervención, la intervención misma y la evaluación de los resultados.

Las sesiones de terapia son grupales, altamente estructuradas de tiempo limitado, los clientes asisten de seis a doce sesiones de una hora y media, semanalmente.

Durante la fase de automonitoreo, el objetivo inicial es dar información de cómo los eventos del medioambiente afectan el ánimo, se deja tarea para casa en donde diariamente se registrará la conducta y estado de ánimo.

En la fase de autoevaluación, las actividades de planeación y toma de decisiones son el objeto de discusión. Los clientes son enseñados a tener patrones de autoevaluación realistas y a descomponer los objetivos en subobjetivos y evitar objetivos largos e inobtenibles.

En la fase de reatribución, se hace un análisis de los eventos recientes autoregistrados. Las atribuciones depresivas son analizadas por evidencia y las explicaciones alternativas son consideradas.

Durante la fase de autoevaluación, los clientes son enseñados a incrementar el uso de autorreforzamiento contingente. Generalmente, el cliente elabora una lista de actividades recompensantes que pueden ser fácilmente realizadas y sirven como reforzadores para ir completando una meta más difícil.

4) TRATAMIENTO COGNITIVO.

Se centra en las distorsiones interpretativas y creencias individuales, las cuales se presume están fundamentadas en la depresión de éstos, la meta es cambiar estos patrones de

pensamiento, utilizando la sustitución de cogniciones negativas distorsionadas por interpretaciones orientadas de manera real, corregir errores lógicos, detención de pensamientos, etc..

A) CONTROL CUBIERTO.

El objetivo del control cubierto es prevenir la presentación de conductas finales de desadaptación por medio del bloqueo de respuestas cubiertas tempranas en la cadena. Por definición, un coverante es una operación cubierta, es una respuesta "mental", no observable pero que esta sujeta a los mismos principios de modificación de la conducta utilizados en las respuestas abiertas u observables. (Mahoney, 1983).

B) DETENCION DEL PENSAMIENTO.

Bain (1928 en Mahoney, 1983), fué supuestamente quien introdujó la detención del pensamiento y como su nombre lo dice, es un procedimiento diseñado para suprimir o eliminar reflexiones indeseadas. Esta técnica es directa, se trata de que el cliente se concentre en pensamientos que inducen a la ansiedad y de manera repentina el terapeuta dice "alto". Una vez que se ha realizado en varias ocasiones, la ubicación del control pasa de terapeuta al cliente, quién emitirá la palabra "alto", antes de tener pensamientos mediativos de autoderrota.

C) TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE) (Ellis y Abrahm, 1983).

Esta terapia se deriva de la teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento a través de cadenas de verbalizaciones preconscientes implícitas.

Ellis trata los factores cognoscitivos de aquí y ahora que median en forma directa entre conductas de desadaptación y emociones.

El modelo de A B C D E, es el objetivo de la TRE. En donde A se refiere a un determinado suceso real y extenso al que el individuo se expone. B se refiere a la cadena de pensamientos (auto-verbalizaciones) que utiliza como respuesta de A. C son las emociones y conductas, consecuencias de A. D, el esfuerzo del terapeuta por modificar B y E, las consecuencias emocionales y conductuales benéficas.

Lo que el terapeuta realiza en primer lugar es la determinación de eventos externos precipitantes. En segundo lugar, determinar cuáles son los patrones de pensamiento específico (y creencias subyacentes) que conllevan a las emociones negativas y en tercer lugar, ayuda al cliente a alterar dichas creencias y patrones de pensamiento.

Ahora bien, el tratamiento cognitivo tiene una duración de 16

semanas aproximadamente. El terapeuta juega aquí un papel activo y directivo. Se requiere de mucha participación por parte del cliente.

La visión personal del cliente es reconocida y luego analizada, se elaboran hipótesis que pueden ser probadas a través del diálogo con el terapeuta y tareas en casa.

Se utiliza el automonitoreo, para incrementar la información del cliente de la cadena entre pensamientos disfuncionales y ánimo depresivo y conducta. Y se le enseña a reconocer los pensamientos automáticos y sus consecuencias. Así como a evaluar sus pensamientos disfuncionales y reemplazarlos por otros más adaptativos.

5) MODELO DEL DESAMPARO APRENDIDO.

Seligman (1981), plantea cuatro estrategias antidepresivas:

EL ENRIQUECIMIENTO MEDIO_AMBIENTAL. Mencionan que el cambio de ambiente es mejor ya que se incrementan las expectativas de respuestas positivas y se decremantan las respuestas negativas.

ENTRENAMIENTO DE CONTROL PERSONAL. Que cambia la expectativa de incontrolable a controlable.

ENTRENAMIENTO DE RESIGNACION. Hace que las respuestas aversivas incontrolables sean menos aversivas y que las deseables pero inobtenibles sean menos deseables.

REENTRENAMIENTO DE ATRIBUCIONES. Permite instigar más atribuciones globales, estables e internas para el éxito y más específicas, inestables y externas para el fracaso.

III.2 ALGUNAS ESTRATEGIAS METODOLOGICAS.

Kazdin (1981), menciona diferentes estrategias metodológicas dentro de las cuales es posible situar los estudios interesados en abordar la depresión.

A) ESTRATEGIA DE PAQUETE DE TRATAMIENTO.

En esta estrategia pueden ser incluidos múltiples componentes, los cuales deberán llevarse a cabo y son comparados con un grupo control lista de espera o no tratamiento. Estos pueden ser distinguidos conceptual y operacionalmente.

B) ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO DESMANTELADO.

Se analizan aquí componentes específicos de un determinado tratamiento. Para "desmantelarlos" son eliminados o aislados del tratamiento. Las comparaciones, por lo general, se realizan entre grupos que reciben el tratamiento, o bien, entre aquellos que lo reciben de manera total y los que lo reciben restando el componente a analizar.

C) ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO CONSTRUCTIVO.

Aquí el tratamiento con un componente básico y va aumentando de manera gradual otros componentes. Se pueden combinar también

tratamientos diferentes y conceptualmente no relacionados.

D) ESTRATEGIA DEL TRATAMIENTO PARAMETRICO.

En esta modalidad se realizan variaciones en aspectos específicos del tratamiento, observándose ello frecuentemente en dimensiones cuantitativas como número y duración de sesiones, cantidad de tratamiento, espacio, etc.. Con las variaciones paramétricas, cada uno de los grupos puede recibir el mismo tratamiento general y diferir sólo en dimensiones cuantitativas.

E) ESTRATEGIA DEL TRATAMIENTO COMPARATIVO .

Se refiere a la comparación de diferentes tratamientos y es la más utilizada. Escencialmente dos o mas paquetes de tratamiento son comparados y reflejan diferentes acercamientos teóricos y conceptuales hacia el mismo problema meta.

III.3 TRATAMIENTOS DE ACUERDO A LAS RESPUESTAS O SITUACIONES INVOLUCRADAS (MOTORAS, COGNITIVAS, VERBALES, ETC.).

1) TRATAMIENTOS EN BASE A RESPUESTAS MOTORAS.

Reisinger (1972; en Rehm, 1981 b) utilizó un sistema de reforzamientos de fichas por sonreír y costo de respuestas por llorar, esto es, un procedimiento de manejo de contingencias para incrementar la frecuencia de sonreír y reducir la de llorar en una mujer de veinte años de edad con retardo.

Hanaway y Barlow (1975, en Craighead, 1981), utilizaron un diseño ABA y un reforzamiento de fichas con un hombre de treinta y cinco años, múltiplemente incapacitado quien se describió como deprimido. Las conductas meta incluyeron arreglo, higiene personal y atención a las sesiones de terapia ocupacional.

Lieberman y Raskin (1971, en Craighead, 1981), emplean un diseño reversible ABAB con una persona deprimida. Las conductas depresivas -llorar, lamentarse sobre síntomas somáticos y evitación- fueron registrados en el hogar por el terapeuta. Las conductas adaptativas no fueron especificadas pero parece ser que incluyen actividades como cocinar, limpiar la casa, atender a los niños. El tratamiento consistió de "atención frecuente y al instante" por parte de la familia a conductas adaptativas e

ignorar las conductas depresivas.

2) TRATAMIENTOS EN BASE A RESPUESTAS VERBALES.

En el programa de tratamiento para un hombre adulto clínicamente depresivo (Robinson y Lewinsohn, 1973; Craighead, 1981 y Rehm, 1981 b), utilizaron un diseño ABCAB, en donde la conducta verbal (número total de palabras) fué el centro de tratamiento y la variable dependiente.

Ince (1972; en Rehm, 1981 b), utilizó un procedimiento de condicionamiento verbal para incrementar autoreferencias positivas en una terapia de 17 sesiones.

Aiken y Parker (1965, en Rehm b) proporcionaron contingencias de reforzamiento para seleccionar respuestas de autoevaluación positiva para completar enunciados escritos.

Lewinsohn (1970, en Rehm, 1981 b) seleccionaron sujetos (cinco mujeres y un hombre) no graduados, deprimidos sobre la base del criterio del MMPI junto con una serie derivada de la lista de Sentimientos y Factores Adyacentes de Grinker. Los datos de interacción sobre cuatro variables de habilidades sociales fueron seleccionadas por dos observadores en cada sesión, a saber:

- 1) Cantidad total emitida por y dirigida hacia cada individuo.
- 2) Uso de reacciones positivas y negativas por cada individuo.
- 3) Razón de eficiencia interpersonal, definida como el número de conductas verbales dirigida hacia un individuo relativo para el mismo número de conductas verbales que el individuo emite y
- 4) El rango de interacción con otros.

El grupo de tratamiento en este estudio consistió de retroalimentación semanal a los sujetos de su código interpersonal de datos de la semana anterior. Estos datos sirvieron como base para discusión, formulación de metas y esfuerzos de cambio sobre la parte de cada sujeto.

Libet y Lewinsohn (1973, en Rehm, 1981 b) utilizando un sistema similar seleccionaron sujetos control normales así como "psiquiátricos" no deprimidos y deprimidos sobre la base de la entrevista Grinker y el MMPI. Codificaron la conducta interpersonal verbal por dos grupos por un número de sesiones.

Mc. Lean, Ogston y Grauer (1973, en Blaney, 1981; en Rehm, 1981 b; en Craighead, 1981), se centraron en la modificación de estilos de interacción verbal, emplearon observaciones basadas en grabaciones en casa, de interacción verbal entre cónyuges sobre la discusión de problemas. Los registros se clasificaron de acuerdo al sistema de puntaje de Lewinsohn, dichos registros fueron divididos en intervalos de treinta segundos y codificaron

para iniciaciones positivas y negativas así como reacciones. Hubó dos grupos, el grupo experimental que recibió un procedimiento de entrenamiento orientado conductualmente; y el grupo control.

Williams, Barlow y Agras (1972; en Rehm, 1981 b) trabajaron sobre reforzamiento de conductas como sonreír, platicar y nivel de actividad con pacientes hospitalizados.

3) TRATAMIENTOS EN BASE A RESPUESTAS DE HABILIDADES SOCIALES.

Fuchs y Rehm (1977; en Blaney, 1981 y Rehm, 1981 b) utilizaron el tratamiento de autocontrol para la depresión, una condición de tratamiento no específico (centrado en la interacción de grupo enfatizando el reflejo de sentimientos) y un grupo control lista de espera. Los sujetos fueron treinta y seis mujeres no psicóticas o con tratamientos anteriores. Las sesiones fueron de dos horas semanales. Utilizaron el BDI con media de 20 a la baja y el MMPI (70) media (80) baja. La condición experimental implicó la presentación didáctica del modelo de autocontrol, monitoreo diario de eventos positivos, metas concretas sobre incremento de actividades placenteras y autorecompensa por la realización de las metas.

Rehm, Fuchs, Roth, Kornblith y Romano (1979) reportan un estudio similar (que podría funcionar como una réplica del anterior) sólo que hay una condición control diferente llamada grupo de

entrenamiento de asertividad. Los detalles de procedimiento (elección de sujetos, duración de la terapia, etc.) fueron similares a los de Fuchs y Rehm, en 1977. Los sujetos que completaron el estudio para la condición de asertividad fueron once y para la condición de autocontrol fueron catorce.

Zeiss (1977; en Blaney, 1981) trató el aislamiento social, estilo interpersonal y carencia de asertividad de personas deprimidas. (Da mayor importancia al entrenamiento de habilidades sociales y como en el estudio de Muñoz (1977), éste estudio parece haber sido abarcado en parte por el de Zeiss y otros en (1979). Los sujetos (quince personas seleccionadas con un criterio similar al del estudio de Muñoz en (1977) fueron asignados a condición de tratamiento inmediato y demorado. El grupo experimental implicó considerable atención al entrenamiento de asertividad, éste consistió de instrucciones didácticas, modelamiento, ensayo, modelamiento cubierto y practica en vivo, todo basado en parte de una lista de situaciones problemáticas desarrolladas por los sujetos. Se dió atención también al estilo interpersonal y al nivel de actividad social de los sujetos dando énfasis en la elaboración y consecución de metas (por ejemplo: Reducción del llanto. incrementar la participación en conversaciones, incrementar la frecuencia de una actividad social particular de semana a semana.

Zeiss y Cols, (1979; Blaney, 1981) compararon el tratamiento cognitivo, tratamiento de habilidades sociales y el tratamiento de incremento de actividades agradables. Los sujetos y diseño son similares a los reportados en el estudio de Muñoz en 1977.

Se hizo un intento concertado para identificar actividades específicas que estuvieran relacionadas al ánimo para cada sujeto en ese tratamiento. Específicamente, en los días anteriores al tratamiento, los sujetos monitorearon tanto su participación en un largo número de actividades placenteras como su ánimo, diariamente. Los terapeutas revisaron junto con los pacientes, los datos y las actividades específicas meta que parecieron relacionarse con el ánimo, durante ese segmento temporal. Se puso mayor énfasis en el incremento de participación en estas actividades aunque también a actividades en general. Los sujetos fueron entrenados en relajación muscular y se les dió material a leer sobre organización del tiempo.

4) TRATAMIENTOS EN BASE A RESPUESTAS COGNITIVAS.

Veremos algunos ejemplos de estudios de tratamientos cognitivos.

Gioe (1975; en Blaney, 1981 y Craighead, 1981) reportó un estudio en el que manejó tres condiciones: Experiencia de modificación cognitiva, experiencia de grupo positiva y ambas. Fué considerado también un grupo control no tratamiento. Los sujetos fueron cuarenta estudiantes con puntajes del BDI de

nueve o más, no reportaron enfermedades o muerte de amistades, recientes.

En la experiencia de modificación cognitiva se incluyó el entrenamiento de relajación, presentación de estados positivos (de sí, del mundo y del futuro) seguido por presentación de escenas agradables. En la condición de experiencia de grupo positivo, el objetivo fué sobre que es bueno de la gente. En la tercera condición, las dos ya mencionadas.

En el estudio de Kirkpatrick (1977; en Blaney, 1981), la condición de modificación cognitiva fué dirigida a la enseñanza de los sujetos a reconocer sus autoestados negativos y reemplazarlos por alternativas positivas. Las otras condiciones fueron de atención placebo y no tratamiento. En este estudio los sujetos fueron también estudiantes (44) identificados sobre la base de la escala de depresión Costello-Comrey, el BDI y medidas de creencias irracionales y de ansiedad.

Schmickley (1976; en Blaney, 1981) reportó un estudio (que no tuvo grupo control pero que merece mencionarlo) en el que se obtuvieron datos diarios del BDI en periodos antes y después del tratamiento. Los sujetos fueron once mujeres del Centro de Salud Mental (no señala de donde) diagnosticadas con depresión neurótica y con un puntaje de BDI pre-tratamiento de 17, MMPI y escalas a familiares y amigos. Se les ayudó a los sujetos a identificar sus cogniciones desadaptadas y pensamientos

automáticos negativos y a desarrollar estados opuestos. Desarrollaron una lista de estados positivos como tarea de casa, se les enseñó a leer estos estados antes de emplear una conducta de alta probabilidad.

Muñoz (1977, en Blaney, 1981) reportó un estudio -básicamente cognitivo, centrado en actitudes^y autoestados negativos y al parecer es abarcado o retomado en una porción por el de Zeiss, Lewinsohn y Muñoz en 1979, en el que se compara la terapia cognitiva de Muñoz con el tratamiento de habilidades sociales y el tratamiento de incremento de actividades agradables, en el que se proporcionó una terapia de doce sesiones de una hora. Los sujetos (aproximadamente diez a quince por condición) fueron seleccionados con los siguientes requerimientos: MMPI > 80 o D: 70 y la escala alta de D (depresión). La clasificación basada sobre la entrevista de Grinker por factor 1 > 1.0. Los sujetos fueron asignados a condiciones de tratamiento inmediato y demorado asignados a condiciones de tratamiento inmediato y demorado (control lista de espera). La terapia implicó las siguientes técnicas: Automonitoreo y registro de pensamientos positivos y negativos; incremento de pensamientos positivos por autoinstrucción; autorecompensa por completación, detención de pensamientos, tiempo obsesivo y etiquetación de pensamientos como innecesarios, desadaptados, etc..

Rush, Beck, Kovacs y Hollon (1977 en Blaney, 1981; Craghead, 1981; Hersen y Bellack, 1982) reportan un estudio que implica la

terapia cognitiva y medicamento antidepresivo (imipramina). Se utilizó el BDI menos diecisiete y catorce sobre la escala de clasificación de Hamilton.

Se ha tratado de mencionar aquellos estudios en los que se utilizan técnicas cognitivas y conductuales -aunque no esta por demás señalar que en algunos de éstos se pueden encontrar componentes con diferente orientación teórica. Sin embargo se da mayor hincapié a ciertos componentes con fines de estudio- por separado, ahora veremos algunos en los que hay ambos acercamientos.

5) TRATAMIENTOS QUE MANEJAN MAS DE UNA RESPUESTA (COGNITIVO_CONDUCTUALES).

Taylor y Marshall (1977; en Blaney, 1981 y Craighead, 1981), reportan un estudio en el que los sujetos (45) fueron asignados a uno de tres tratamientos, a saber: Cognitivo, conductual y cognitivo-conductual así como un grupo control lista de espera.

Se seleccionó a los sujetos de acuerdo con el siguiente criterio: Depresión reportada de al menos dos semanas de duración, puntaje de BDI menor de 13; y no haber estado en tratamientos anteriormente. En cada condición de tratamiento tuvieron seis sesiones de cuarenta minutos.

En la condición de tratamiento cognitivo se les enseñó a los sujetos que el ánimo deprimido estuvo arraigado en las autoevaluaciones y fueron informados de que los pensamientos que tuvieran entre una ocurrencia o acción y el efecto deprimido y a desarrollar autoestados alternativos. Los sujetos también elaboraron una lista de autoestados positivos y se les alentó a pensar en éstos antes de emplear conductas de alta probabilidad.

Los sujetos en la condición conductual fueron enseñados a que la depresión resulta del reforzamiento positivo insuficiente. El terapeuta ayudó a los sujetos a identificar las situaciones elicitanes de la depresión y a construir patrones conductuales alternativos para éstas. El modelamiento y el juego de papeles fueron utilizados en la terapia y el ensayo en casa, para establecer gradualmente nuevas conductas, señalando que se desarrollaron más conductas asertivas.

En resumen el tratamiento se centró básicamente en ayudar a los sujetos a reestructurar sus vidas para incrementar la frecuencia de actividades agradables.

Los sujetos que recibieron el tratamiento cognitivo-conductual fueron expuestos a componentes de las ya mencionadas condiciones.

Maish (1972 cit. en Blaney, 1981) reporta un estudio de tres condiciones en una muestra de quince sujetos (hombres de entre 23 y 36 años) con diagnóstico de depresión primaria. Con un puntaje de MMPI, escala D de 78 a 111 con una mediana de 94. Los tres grupos fueron igualados en variables demográficas y depresión. El cuarto grupo no se evaluó y no se discute. La terapia consistió en sesiones individuales de 20 a 50 minutos por un periodo de ocho semanas.

La condición de entrenamiento de asertividad, implicó el ensayo de situaciones problemáticas individualizadas, demostración de respuestas asertivas y otras técnicas. En esta condición los sujetos también recibieron el entrenamiento de relajación y el tercer grupo recibió contacto con un "terapeuta" amigable, durante el cual la discusión de material emocionalmente sensitivo fue evitado.

Sánchez (1979; en Blaney, 1981) utilizó el entrenamiento de asertividad en un contexto de grupo, en comparación con una terapia de grupo orientada al "insight" tradicional.

Los sujetos fueron 21 mujeres y 11 hombres de entre 18 y 55 años, con tratamiento en clínica psiquiátrica.

Se eligió a los sujetos siguiendo un criterio similar al de Muñoz (1977), con un requerimiento de mayor puntaje en el

inventario de asertividad. La media del BDI fué de alrededor de 30. Hubó sesiones de 10 a 90 minutos sobre un periodo de cinco semanas. Los grupos de asertividad implicaron: a) presentación didáctica; b) discusión de encuentros relevantes de la vida real y reacciones de la última sesión, c) modelamiento; d) ensayo, implicando instrucción, retroalimentación y reforzamiento de los miembros del grupo y e) tareas (aparentemente se incluyó la práctica de la relajación).

Diez de los sujetos controles (de dieciséis) recibieron algún medicamento psicotrópico.

Barrera (1977, 1979 en Blaney, 1981) realizó un estudio en el que hubo un grupo de tratamiento (inmediato) enfocado a incrementar la frecuencia de actividades agradables a través de automonitoreo, elaboración de metas, planeación de actividades y evaluación del progreso. Dos grupos control fueron incluidos: Un grupo de tratamiento demorado que sólo automonitoreó el ánimo y empleo y participación en actividad y posteriormente recibió el tratamiento y un control lista de espera. Los 31 sujetos fueron elegidos con un criterio similar al utilizado en el estudio de Muñoz (1977). La media del BDI pre-tratamiento fué de 20. La terapia fué de cuatro sesiones de dos horas. Se proporcionó también material instruccional escrito.

C A P I T U L O I V :

A L G U N A S T E C N I C A S .

IV.1 TECNICAS QUE HAN SIDO UTILIZADAS.

En el presente nos centraremos en las técnicas y sus resultados, aún cuando cabe señalar que no es fácil resumir toda una serie de resultados.

1) MANEJO DE CONTINGENCIAS.

Reisinger (1972 cit. en Rehm, 1981 b) utilizó el reforzamiento de fichas por sonreír y costo de respuestas por llorar para incrementar y decrementar las conductas de sonreír y llorar respectivamente, el autor menciona que estas técnicas fueron efectivas de tal forma que cumplieron su cometido.

En el estudio de Hanaway y Barlow (1975, cit. en Craghead, 1981), se utilizó un diseño ABA y el reforzamiento de fichas, encontrando que las conductas meta-atención en sesiones de terapia ocupacional incrementaron con dicha técnica, sin embargo fracasan conductas de arreglo e higiene personal, para regresar haciendo los datos difíciles de interpretar. Durante el seguimiento -diecisiete meses después- las conductas retrocedieron al nivel de línea base inicial.

Por otro lado, Liberman y Raskin (1971 en Craighead, 1981) emplean un diseño reversible ABAB y reforzamiento de tipo social atención frecuente y al instante a conductas adaptativas e

ignorar conductas depresivas en una ama de casa deprimida. En los resultados se menciona que las conductas adaptativas incrementaron y las depresivas decrementaron como función del programa de tratamiento de reforzamiento social.

En el estudio de Williams, Barlow y Agras (1972 en Rehm, 1981 b) se encontró que las conductas de sonreír, platicar y nivel de actividad incrementaron con el reforzamiento y señalaron que la mejora conductual sería más predictiva en el seguimiento.

Robinson y Lewinsohn (1973) utilizando un diseño ABCAB, demostraron que la tasa de producción verbal podría ser incrementada por hacer el tiempo de terapia contingente sobre la tasa incrementada de lenguaje y mantenida por presentación de un estímulo aversivo. La tasa de lenguaje pareció ser una respuesta más estable producida por el control de reforzamiento.

En los estudios de Ince (1972), Aiken y Parker (1965, cits. en Rehm, 1981), en donde el primero maneja el condicionamiento verbal para aumentar autoreferencias positivas y el segundo proporciona reforzamiento para selección de respuestas de autoevaluación positiva, no se mencionan datos de confiabilidad o validez en sus resultados.

En el estudio de Lewinsohn (1970, en Rehm, 1981 b) se manejaron cuatro variables de interacción social: Tanto la cantidad total

emitida como la dirigida por cada individuo: Las reacciones positivas y negativas de cada individuo y el rango de interacción con otros, sin embargo la media de los cambios sobre estas variables fue difícil de interpretar y sólo se presentaron gráficas representativas de variables seleccionadas por los sujetos individuales. Los puntajes de pre y post terapia sobre el MMPI y factores de Grinker, sugieren mejora en la depresión aunque ninguna prueba estadística es presentada.

Libet y Lewinsohn (1973, en Rehm, 1981), realizaron un estudio similar y utilizaron criterios semejantes a los del estudio anterior, encontrando que los sujetos deprimidos emitieron pocas reacciones positivas a otros, pero no difirieron de las reacciones negativas.

Mc Lean, Ogston y Grauer (1973; Rehm, 1981), manejaron la modificación de estilos de interacción verbal, en dos grupos de los cuales en uno se utilizó un procedimiento conductual y el otro sirvió como grupo control, los resultados indican que el procedimiento conductual decrementó significativamente en reacciones y acciones negativas sobre el post- test y el grupo control no cambió sobre estas medidas de manera significativa.

2) AUTOCONTROL Y ASERTIVIDAD.

Fuchs y Rehm (1977; Blaney, 1981 y Rehm, 1981 b) quienes utilizaron un tratamiento de autocontrol, encontraron en los

resultados sobre el post-test del BDI y la del MMPI, que la condición experimental fue superior a la condición del grupo control lista de espera.

Rehm, Fuchs, Roth, Kornblith y Romano (1979), en un estudio similar, con un grupo control diferente (entrenamiento de asertividad), encontraron que la terapia de autocontrol fue superior al entrenamiento de asertividad sobre un número de medidas incluyendo el BDI, el MMPI y el autoreporte de participación en actividades agradables. Evidentemente, el entrenamiento de asertividad fué más efectivo en incrementar la conducta asertiva.

3) HABILIDADES SOCIALES.

Zeiss (1977; en Blaney, 1981) da mayor importancia al entrenamiento de habilidades sociales, los resultados de su estudio indican que hubo una baja significativa de depresión y una mejora de habilidades sociales, durante el tratamiento.

Zeiss (1979; en Blaney, 1981) en otro estudio comparó el tratamiento cognitivo, el de habilidades sociales y el de incremento de actividades agradables, en sus resultados, se encuentra que los tres son más efectivos de manera conjunta y no hay un reporte sobre la mayor efectividad de alguno de los componentes de este tratamiento.

Como se puede observar en los estudios anteriores, cada uno de los autores refiere mayor efectividad al tipo de tratamiento que esta manejando sea sobre un grupo control o sobre la medición de algún instrumento de evaluación.

En los siguientes estudios los autores se centran más en respuestas cognitivas, es en la modificación cognitiva de auto-estados negativos, pensamientos automáticos negativos, actitudes negativas, cogniciones desadaptadas, etc... Veamos pues.

4) MODIFICACION COGNITIVA.

Gioe (1975, en Blaney, 1981; Craighead, 1981) al utilizar tres condiciones (experiencia de modificación cognitiva, experiencia de grupo positiva y ambas) y un grupo control encontró que los resultados sobre el BDI indican que la única diferencia significativa estuvo entre el grupo que recibió ambas condiciones y el control no tratamiento, no pudo ser establecido que la modificación cognitiva fué mejor que el no tratamiento o que fué de menor valor que ambas experiencias.

En el estudio de Kirkpatrick (1977; Blaney, 1981), en donde maneja tres condiciones (modificación cognitiva, atención placebo y no tratamiento), los resultados señalan que la modificación cognitiva mostró mayor superioridad a las otras condiciones.

Schmickley (1976; en Blaney, 1981) en sus resultados menciona que la tercera parte de los sujetos mostraron mejoras como función del tratamiento, sin embargo no proporciona cómo los sujetos mostraron tal mejora.

En el estudio de Muñoz (1977; Blaney, 1981), los resultados indican que todas las variables mostraron mejoras durante el periodo en el cual el grupo de tratamiento inmediato fue tratado, no así para el demorado.

En el estudio de Rush, Beck, Kovacs y Hollon, 1977, (En Blaney, 1981; Craighead, 1981), el tratamiento cognitivo fue superior al de medicamento, aún cuando se muestran mejoras en ambos.

Ahora bien, hay estudios en los que se maneja más de una respuesta, así como diferentes técnicas, veamos algunos.

5) COGNITIVO_CONDUCTUALES.

En el estudio de Taylor y Marshall (1977: Blaney, 1981 y Craighead, 1981), se utilizaron tres tratamientos: El cognitivo, el conductual y el cognitivo-conductual, así como un grupo control lista de espera. Los resultados sobre medidas de depresión^y autoestima indicaron que el tratamiento combinado fue superior a las condiciones por aislado. Asimismo, ambas condiciones (la cognitiva y la conductual por separado) fueron

superiores a la condición lista de espera.

Maish (1972; Blaney, 1981), compara tres condiciones (entrenamiento de asertividad y entrenamiento de relajación; sólo entrenamiento de relajación y contacto con el terapeuta). En los resultados se apreció que el entrenamiento de asertividad combinado con el tratamiento de relajación fue superior a las condiciones restantes. Más aún, durante el seguimiento (seis meses después) los sujetos de esta condición no necesitaron tratamiento subsecuente, los sujetos que recibieron sólo entrenamiento de relajación no mostrarón un patron de mejora al post- tratamiento o al seguimiento y el control contacto mostró mejora al post- tratamiento no asi al seguimiento.

Sánchez (1978; Blaney, 1981) quien comparó un grupo de asertividad con otro orientado al "insight" tradicional, encontró que no hubo diferencias entre grupos, sin embargo al mes de seguimiento los grupos de asertividad fueron significativamente mejores que los controles.

Barrera (1977; 1979; Blaney, 1981), manejó tres condiciones, un grupo de tratamiento inmediato y dos controles, uno de los cuales fue de tratamiento demorado y otro control lista de espera. Aunque la mejora fue notada al final de las cuatro semanas de terapia, el grupo tratado no mejoró significativamente más que el control. Sin embargo, el grupo que

primero automonitoreo y subsecuentemente fué tratado mostró mayor mejora sobre el BDI que el grupo que inicialmente fue tratado, quizá porque tuvo un paquete de ocho semanas, cuatro de automonitoreo seguida por entrenamiento en incremento de actividades.

Ahora bien, hablar sobre la efectividad de tal o cual técnica, sería muy aventurado ya que por lo observado en los resultados de las investigaciones anteriormente citadas, nos damos cuenta -que al parecer- todas las técnicas implementadas han contribuido a modificar la conducta. Quizá sea arriesgado comentar, hay muchas teorías, cada una tiene su propio método de trabajo, su terminología y su línea investigativa, los problemas considerados fundamentales desde un determinado punto de vista pueden parecer triviales o absurdos desde otro y cada cual afirma que sus proposiciones explican mejor los fenómenos que cualquiera de los demás y entonces cada tratamiento parece ser más efectivo cuando la terapia es conducida por el autor o partidarios de la orientación respectiva de un tipo particular de terapia.

Los mismos resultados nos arrojan datos acerca de que los grupos experimentales resultan ser superiores a los controles, asimismo en aquellos donde hay tratamientos inmediatos hay superioridad sobre los demorados. Sin embargo, en donde se abarca más de una respuesta y por ende se establece más de una técnica, resulta ser que hay mayor efectividad de las condiciones en forma combinada que considerándolas por aislado.

IV.2 RELACION ENCONTRADA ENTRE EVALUACION Y TRATAMIENTO.

Antes de entrar de lleno al cuestionamiento sobre la relación entre evaluación y tratamiento quisiera diferenciar lo que es la valoración de la evaluación, en tanto que la primera puede estar constituida por los instrumentos unicamente (test o baterias) y la segunda es ya el proceso propio de la identificación de las conductas problema.

Se ha observado, en los estudios anteriores, que cuando el tratamiento tiene éxito el puntaje en las valoraciones es también modificada de manera positiva. Además de ello es uno de tantos indicadores (y sólo eso) de que el tratamiento establecido ha resultado favorable en tanto que ha contribuido a modificar eventos cognitivos y/o conductas manifiestas problemáticas en el sujeto o en la población en estudio.

Otro punto encontrado es el papel que juega la valoración, en tanto que es utilizada para definir el tipo de población que será objeto de estudio.

Consideramos que la valoración nos es de gran ayuda para identificar algunas variables relacionadas con la problemática del sujeto en cuestión y no le restamos valor, sólo que en un momento determinado es posible sugerir preguntas y/o cuestionamientos propios de un instrumento de valoración durante

la(s) entrevista(s) que se sostienen con el usuario. Y estando en contacto directo con él, es posible especificar de manera mucho más detallada y cuestionar sobre las situaciones particulares, personas, conductas, eventos cognitivos, valores, etc. que están implicados en su problemática. Entonces, el análisis detallado de estas variables nos dará un indicador sobre qué tratamiento es más adecuado a seguir.

En ese sentido, y al margen de cualquier corriente psicológica en particular, consideramos que no hay relación entre las valoraciones y el tratamiento, en tanto que estas no están contribuyendo en forma directa o indirecta a la alteración terapéutica de los sujetos.

Ahora bien, en la aproximación conductual si hay relación entre la evaluación y el tratamiento, porque la primera está siempre presente de una u otra forma en todo el proceso de aplicación de la modificación de conducta hasta la terminación de la terapia.

Fernández y Carroble (1981), consideran que la evaluación está presente desde que se identifican las conductas problema (tanto motoras como fisiológicas o cognitivas) y variables orgánicas y/o ambientales que las provocan o mantienen para enseguida seleccionar las conductas inadecuadas a modificar (tratamiento) y posteriormente valorar los resultados, esto es verificar que se hayan producido los cambios esperados en la conducta problema.

Ahora bien, el éxito o fracaso de un tratamiento va a depender en gran parte de que el proceso evaluativo del problema desde un inicio sea adecuado ya que una correcta evaluación es condición indispensable para un buen tratamiento. Aún más, la evaluación contribuye de manera directa o indirecta en el tratamiento, cuando identifica correctamente los eventos que mantienen un problema.

IV.3 ESTUDIOS CON PROPOSITO CLINICO O DE INVESTIGACION.

Antes de mencionar el propósito de los estudios citados se me hace importante señalar las diferencias que Kanfer y Phillips (1970; en Pérez, 1988 y Kanfer (1980) hacen del clínico aplicado y del clínico investigador.

El psicólogo clínico: a) Tiene como tarea observar y tratar el caso individual en un contexto en que la conducta del sujeto esta influida por variables poco específicas. b) La situación del sujeto exige atención inmediata. c) El conocimiento científico, lo utiliza en forma parcial y/o en combinación con su experiencia y d) Las decisiones que tome, repercuten en varias personas, por lo que aumenta su responsabilidad social y es imposible aislar su acción de la vida del sujeto.

En cuanto al clínico investigador: 1) Su atención se centra en una clase preseleccionada de eventos (variables dependientes) definidos y medidos con la mayor precisión posible. 2) Manipula planificadamente una o varias clases definidas de eventos (variables independientes), por operaciones objetivas, medibles, explicables, con el fin de examinar su relación con el fenómeno estudiado. 3) Aisla estas variables de otra fuente de influencia. 4) Toma en cuenta las características de los sujetos, de los eventos, definiciones, medidas y manipulaciones para poder evaluar la generalidad de los resultados.

Considerando esta descripción de actividades tanto en el psicólogo clínico como en el investigador, se observa pues la diferencia entre ellos, en tanto que cada uno realiza su función en forma específica, esto es, el primero da su tratamiento de manera tal que se da la interacción terapeuta-usuario y otorga el tratamiento de acuerdo al caso particular del sujeto, la atención es inmediata, ya que por lo general, el usuario demanda pronta atención. El segundo por su parte, hace observaciones sistemáticas, realiza medidas controladas en base a un número determinado de hipótesis, propone formulaciones explícitas o sistemáticas de leyes operacionales y verifica postulados hipotéticos. Trata de demostrar que los eventuales cambios comportamentales observados tienen una relación con el conjunto de operaciones que, hipotéticamente, han provocado el cambio.

Entonces, la investigación experimental se caracterizaría por el hecho de que el investigador puede controlar tanto las variables como el fenómeno en sí estudiado y en la clínica, se intenta establecer la aplicabilidad de los resultados obtenidos a condiciones particulares.

Por lo anterior y considerando toda una serie de elementos existentes dentro de los estudios anteriormente citados, tales como tipo de población, condiciones experimentales manejadas, direcciones teóricas, etc. podríamos decir que son más bien de investigación.

Ligado a lo anterior, se puede considerar a la investigación comparativa en donde surge la necesidad de evaluar la efectividad dentro de los componentes terapéuticos para poder ofrecer las mejores opciones de tratamiento.

CONCLUSION Y DISCUSION.

Todos los modelos descritos, presentan tanto semejanzas como diferencias, veamos porqué:

Considero que hay semejanzas en tanto que son cognitivo-conductuales, esto es, de alguna manera estan implicadas variables conductuales pero también patrones de pensamiento, los cuales son considerados como conductas cubiertas, y ambas, obedecen a los mismos principios, esto es, del condicionamiento operante.

En todos los modelos, se realiza un análisis funcional, paso primordial para la identificación de factores psicológicos, medioambientales, etc. relacionados a los síntomas depresivos específicos.

Hay también en todos el uso del monitoreo, se les pide a los clientes realicen un registro detallado de las actividades y/o ánimo en forma diaria, de ello, tanto el terapeuta como el cliente identifican pensamientos o conductas problemáticas, que les permiten establecer metas de tratamiento.

En todos los modelos, hay también asignación de tareas en casa. Y en el tratamiento, en los cuatro modelos, se utilizan técnicas conductuales y a la vez cognitivas, en tanto que se modifican

patrones tanto conductuales como cognitivos.

Ahora bien, las diferencias estriban en la forma de administrar el reforzamiento y en la forma de considerar los patrones de pensamiento.

En el modelo de Lewinshon (1982) es el medio quién proporciona las consecuencias (el reforzamiento), ya que la hipótesis primaria es que la depresión se debe a la baja tasa de reforzamiento que recibe el sujeto y/o a la alta tasa de castigo.

El objetivo primordial es entonces entrenar al sujeto en habilidades que le permitan incrementar la tasa de reforzamiento positivo y decrementar la de castigo.

En el modelo de Autocontrol de Rehm (1977), es el sujeto mismo quién se administra las consecuencias (el reforzamiento), ya que se dice que la depresión se da por la baja tasa de autoreforzamiento y/o a la alta tasa de autocastigo; es

primordial entrenar al sujeto en el autocontrol para que pueda obtener por sí mismo mayor autoreforzamiento y menor autocastigo.

En el modelo de Beck (1967) se considera que la depresión se da debido a los patrones de pensamiento negativo y a la percepción errónea que se hace el sujeto de sí, del mundo y del futuro. Aquí se da prioridad a las cogniciones o eventos internos, sin embargo se utilizan técnicas conductuales (y cognitivas) para el tratamiento, cuyo objetivo es decrementar dichos patrones de pensamiento negativo.

En el Modelo del Desamparo aprendido, la premisa básica es que la depresión se debe a que la persona aprende a ser indefensa y a permanecer en una situación de no dar respuesta al castigo o situaciones aversivas, así como apropiarse de experiencias negativas. En ese sentido, la persona es entrenada para que no se atribuya dichas experiencias negativas.

Como pudo observarse, en todos los modelos hay mejoras en las variables que desencadenan la depresión y todos ayudan en tanto que alteran la conducta problema y la disminuyen.

Se subraya la importancia de la evaluación, en tanto que se encuentra a través del proceso total, desde la presentación misma del usuario-terapeuta, pasando por la recolección de

datos, esto es, la selección de conductas problemáticas, (y también ¿por qué no?, no problemáticas), incluyendo aquellas que pudieran estar relacionadas, sean motoras, fisiológicas o cognitivas; su descripción precisa su explicación y hasta su modificación.

Entonces, ya en la práctica real, quien no da la pauta para la elaboración de un programa o la intervención en sí, son las necesidades o requerimientos que en ese momento tiene la persona que solicita ayuda. Recopilando y analizando la información a través de la entrevista, ambos -terapeuta-cliente- desglosan y elaboran el programa de intervención, considerando la persona cual es entonces el objetivo a realizar y la actuación y/o participación que tendrá durante el tratamiento.

El terapeuta, entonces planteará las alternativas y será el cliente quien determine cuál o cuáles le serán útiles en decrementar o resolver su problemática.

Calderón (1990), señala que de 100 a 200 millones de personas de la población total mundial tiene depresión, lo cual resulta una incidencia mucho muy alta, y hablar de que cada vez es mayor significa una megalabor.

Desconozco, el índice que hay en nuestro país, y sería interesante no sólo conocer este dato estadísticamente, sino

también las formas en como la abordan a nivel psicológico, sin embargo, ello sería tema para otro estudio.

Lo que sí, existe un servicio de apoyo psicológico por teléfono llamado SAPTEL. En el que se escucha a la persona, se le brinda una intervención pronta y se le canaliza con algún especialista según fuente de SAPTEL, (Radio Red, 1996), diariamente hay 70 llámadas aproximadamente, (de las cuáles por lo menos tres son de depresión). En un inicio: Las llamadas eran de personas de 60 años y más, considerando el rubro edad le seguian amas de casa de 30 años aproximadamente y posteriormente adolescentes. Se menciona que el índice de suicidios aumentó, por lo cual se tiene en proyecto colocar líneas directas para dar intervención pronta a las personas que así lo requieran. Hay además cartelones alusivos al cuestionamiento y reflexión de la problemática de la persona.

Con lo anteriormente mencionado considero que hay intervención terapéutica respecto a la depresión, sin embargo, sería conveniente investigar: ¿Qué tanta incidencia ó qué tanto los modelos abordados en este estudio son aplicados en nuestro país?, por lo que queda abierta la propuesta de dicha investigación.

BIBLIOGRAFIA.

ARIETI, S. y Bemporad, J. (1981). Psicoterapia de la depresión. Paidós, Buenos Aires. p.p. 1-71.

BARRERA, M. "An Evaluation of a Brief Group Therapy for Depression". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1979, 47, 413-415.

BECK, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. Y Erbaugh, J. "An Inventory for Measuring Depression." Archives of General Psychiatry. 1961, 4, 561-571.

BLANEY, P. (1981). "The Effectiveness of Cognitive and Behavioral Therapies." En Rehm. L. P.. Behavior Therapy for Depression: presents status and future directions. Academic Press. U.S.A. Cap. 1 p.p. 1-31.

CALDERON, N. G. (1990). Depresion: Causas, manifestaciones y tratamiento. Ed. Trillas. México.

CRAIGHEAD, W.E. (1981). "Issues Resulting from Treatment Studies". En Rehm, L.P.. Behavior Therapy for Depression: present status and future directions. Academic Press. U.S.A., Cap. 3 p.p. 73-95.

ELLIS, A. y Abrahms, E. (1983). Terapia Racional Emotiva. Ed. PAX , México.

ENDICOTT, J. y Spitzer, R. L.. "A Dignostic Interview. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia." Archives of General Psychiatry. 1978, 35, 837-844.

FERNANDEZ, B. R. y CARROBLES, J. A. (1981), Evaluación Conductual. Edit. Pirámide, Madrid, España. Cap. 1,2,3 y 4. (p.p. 31-153).

FERSTER, C. B.. "A Functional Analysis of Depression." American Psychologist. 1973, 28, 857-870.

FUCHS, C. Z. y Rehm, L. P. "A Self-control Behavior Therapy Program for Depression". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1977, 45, 206-215.

HAMILTON, M. A. "A Rating Scale for Depression". Journal of Neurology, Neurosurgenery and Psychiatry. 1960, 23, 56-62.

HAMMEN, C. L. (1981) "Assessment: A Clinical and Cognitive Emphasis". En Rehm, L. P. Behavior Therapy for Depression: present status and future directions. Academic Press. U.S.A., Cap. 11 p.p. 255-275.

HARRISON, R.P., Beck, A. T. y Buceta, J. M. "Terapia Cognitiva de la Depresión: Una Introducción al desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck." Revista de Psicología General y Aplicada. 1984, 39, 623-646. ✓

HATHAWAY, S.R. y Mc. Kinley, J. Ch. (1980). Inventario Multifásico de la Personalidad. M.M.P.I. FORMA R. . El Manual Moderno. México. ✓

HERSEN, M y Bellack, A. S. "Perspectives in the Behavioral Treatment of Depression." Behavior Modification. 1982, 6, 95-106.

HOLLON, S. D. (1981). "Comparisons and Combinations with Alternative Approaches." En Rehm L. P.. Behavior Therapy for Depression: present status and future directions. Academic Press. U.S.A p.p. 33-64.

JACOBSON, N. S. (1981). "The Assessment of overt Behavior". En Rehm, L. P. Behavior Therapy for Depression: present status and future directions. Academic Press. U.S.A. Cap. 12 p.p. 279-299.

KANFER, F. H. (1980). Principios de Aprendizaje en La Terapia del Comportamiento. Ed. Trillas. México. ✓

KAZDIN, A. E. (1978). Modificación de la Conducta y su Aplicaciones Prácticas. Ed. El Manual Moderno. México.

KAZDIN, A. E. (1981). "Outcome Evaluation Strategies". En Rehm, L. P. Behavior Therapy for Depression: present status and future directions. Academic Press. U.S.A. Cap. 14, p.p. 317-335.

KENDALL, P. C. (1981). "Assessment and Cognitive-Behavioral Interventions: Purposes, Proposals, and Problems." En Assessment Strategies for cognitive-behavioral interventions. Academic Press. U.S.A.

LEWINSOHN, P. M. y Hoberman, H. M. (1982). "Depression". En Bellack, A. S., Hersen, M. y Kazdin, A. E.. International Handbook of Behavior Modification and Therapy. Plenum Press, p. p. 173-207.

LEWINSOHN, P.M. Sullivan, J. M. y Brosscup. S. J. (1982). "Behavioral Therapy: Clinical Aplicaciones". En Rush, A. J. Short-Term. Psychoterapies for Depression: Behavioral, Interpersonal, Cognitive and Psychodynamic Approaches. The Guilford Press, U.S.A. Cap. 3, p.p. 50-87.

LUBIN, B. "Adjective Checklists for Measurement of Depression". Archives of General Psychiatry. 1965, 12, 57-62.

MAHONEY, M. J. (1983). Cognición y Modificación de Conducta. Ed. Trillas. México.

MCLEAN, P. (1982). "Behavioral Therapy: Theory and Research". En Ruch, A. J. Short-Term Psychoterapies for Depression: Behavioral, Interpersonal, Cognitive and Psychodynamic Approaches. The Guilford Press. U.S.A. Cap. 2, p.p. 19-49.

MEICHENBAUM, D. y Cameron, R. (1982). "Cognitive-behavior Therapy". En Wilson, G.T. y Franks, C. M.. Contemporary Behavior Therapy Conceptual and Empirical Foundations. The Guilford Press. Cap. 7, p.p. 310-337.

PEREZ, G.A. (1981). Psicología Clínica. Problemas Fundamentales. Ed. Trillas. México.

REHM, L.P., Fuchs, c.z., Roth, D.M., Kornblith, S.J. y Romano, J.M. "A Comparison of Self Control and Assertion Skills Treatments of Depression". Behavior Therapy. 1979, 10, 429-442.

REHM, L.P. (1981 a). "Future Direction". En Rehm, L.P.. Behavior Therapy for Depression: present status and future directions. Academic Press, U.S.A. Cap. 16, pp. 365-373.

REHM, L.P. (1981 b). "Assessment of Depression". En Hersen, M. y Bellack, A., Behavioral Assessment a Practical Handbook. Cap. 8 pp. 246-295.

REHM, L.P. (1991). "Métodos de Autocontrol". En Caballo, V.E., Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Siglo XXI, España. Cap. 27, pp 655-683.

RIBES, I.E. (1983), Técnicas de Modificación de Conducta. Ed. Trillas, México.

RIMM, D.C., Masters, J.C. (1982). Terapia de la Conducta. Ed. Trillas, México.

ROBINSON, J.C. y Lewinsohn, P.M. "Behavior Modification of Speech Characteristics. In a Chronically Depressed Man." Behavior Therapy. 1973, 4, 150-152.

RUSH, A.J. (1982). "Diagnosing Depressions." En Rysh, A.J. Short-Term. Psychoterapies for Depression: Behavioral, Interpersonal, Cognitive, and Psychodynamic Approaches. The Guilford Press, U.S.A., Cap. 1, pp. 1-17.

RUSH, A.J. y Giles, D.E. (1982). "Cognitive Therapy: Theory and Research". En Rush, A. J. Short-Term Psychoterapies for Depression: Behavioral, Interpersonal, Cognitive and Psychodynamic Approaches. The Guilford Press, U.S.A., Cap. 6, p.p. 143-181.

SELIGMAN, M. E. P., Klein, D.C., Miller, W.R. (1976). "Depression". Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy. Prentice Hall. Cap. 5, pp 168-210.

SELIGMAN, M.E.P. (1981). "A Learned Helplessness Point of View." En Rehm, L.P. Behavior Therapy for Depression: Present status and future directions. Academic Press. U.S.A. Cap. 5, p.p. 123-141.

THORPE, G.L., Olson, S.L. (1990). "Depression an Suicide". En Behavior Therapy. Concepts, Procedure, and Applications. Allyn y Bacon, U.S.A. Cap. 8, pp. 149-166.

ZEISS, A.M., Lewinsohn, P.M. y Muñoz, R.F.. "Nonespecific Improvement Effects in Depression Using Interpersonal Skills. Training, Pleasant Activity Schedules, oor Cognitive Training." Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1979, 47, 3, 427-439.

ZUNG, W.W.K.. "A Self-rating Depression Scale." Archives of General Psychiatry. 1965, 12, 63-70.