

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS EN LAS DEPRESIONES INFANTILES: TERAPIA COGNITIVA, SKINNERIANA Y MIXTA. UN ESTUDIO COMPARADO

Autores: Jerónimo Párraga Pérez
Profesor Adjunto Contratado.
Facultad de Filosofía y C. E. Universidad de Sevilla.
José M.^a León Rubio

1. INTRODUCCION

Con la presente introducción pretendemos ofrecer una breve aproximación a la comprensión y tratamiento de uno de los trastornos psicopatológicos de mayor incidencia y más negativos efectos en nuestro medio social: la conducta depresiva. Tal aproximación tratará de desarrollar determinados aspectos de dicha conducta relacionados con la clasificación, diagnóstico, modelos psicopatológicos explicativos y tratamiento de la misma que servirán de soporte al posterior trabajo experimental.

Sobre dos premisas básicas —diríamos— se sienta esta introducción: 1.^a) Aceptamos con Seligman (1975) que «la depresión es una de las formas clínicas

más importantes e incidentes en nuestra sociedad actual», asimismo convenimos con Beck (1974) que «el término depresivo no define un fenómeno unitario sino un conjunto de síndromes diferenciados», lo que en consecuencia obliga a la máxima exigencia en la descripción de las características específicas de los sujetos sometidas a experimentación, así como en la precisión de los criterios de diagnóstico, al objeto de poder establecer inequívocamente la presunta efectividad diferencial de alguna técnica o conjunto de técnicas sobre una población selectiva de sujetos, pues, como señala Prusoff (1980) se vienen observando resultados significativos entre algunos subtipos de depresión y determinadas formas terapéuticas.

2.ª) Como exponemos en nuestra revisión bibliográfica, los trabajos de investigación experimental con técnicas psicológicas —básicamente cognitivas— en el campo de las conductas depresivas son tan escasos como diversos los resultados obtenidos. A este respecto la muestra aspira a ser una aportación más que enriquezca la información hasta ahora recopilada sobre la eficacia de determinadas formas terapéuticas: cognitivas, Skinnerianas y cognitivo-Skinnerianas en el tratamiento de la depresión neurótica en poblaciones infanto-juveniles.

1.1. Clasificación de los trastornos depresivos

El primer punto de la introducción nos enfrenta inevitablemente con la dimensión nosológica de los trastornos depresivos dado que la heterogeneidad de sujetos diagnosticados de tales, obliga a delimitar las características específicas definitorias de nuestros sujetos de experimentación. Como punto de referencia para el necesario diagnóstico nos tuvimos a la clasificación de Kielholz

(ver cuadro 1), de reconocida aceptación en los ámbitos clínicos, que distingue tres grandes grupos:

- a) *Depresión somatogena*: en la que la conducta depresiva es secundaria a otra afectación básica, como el alcoholismo por ejemplo.
- b) *Depresión endógena o psicótica*: en la que se supone que un trastorno fisiológico es el causante del síndrome. Cabe pues decir que las respuestas depresivas son originadas prevalentemente desde dentro del propio organismo.
- c) *Depresión psicógena*: caracterizada porque son factores externos los que prevalentemente las desencadenan y porque los sujetos se muestran sensibles a los cambios psicosociales. El carácter reactivo de la depresión psicógena es lo que justifica que los diversos modelos conductuales de la depresión: Beck, 1974; Lewinsohn, 1974; Seligman, 1978; sean explicativos tan sólo de esta categoría depresiva dentro de la cual, el subgrupo neurótico es, a juicio de Kielholz, el más numeroso.

Cuadro 1

CLASIFICACION DIAGNOSTICA DE LA DEPRESION. KIELHOLZ

Depresión Orgánica (Senil...)	DEPRESION SOMATOGENA
Depresión Exógena (Tóxica...)	
Depresión en Psicosis Esquizofrénicas	
Depresión Cíclica (Psicosis maníaco-dep.)	DEPRESION ENDOGENA
Depresión Involutiva	
Depresión Neurótica	
Depresión de agotamiento	DEPRESION PSICOGENA
Depresión Reactiva	

1.2. Características diferenciales de la depresión neurótica

A) *Las características generales* de los depresivos neuróticos son, a juicio de Gersh and Fowles, 1979; Paykel, 1972; Akiskal, 1980..., las siguientes:

- No sufren alteraciones biológicas o endógenas.
- Sintomatología menos severa que las somatógenas.
- Peor respuesta al tratamiento biológico.
- En su inicio o desarrollo suelen detectarse un factor o conjunto de factores precipitantes que inciden sobre una «personalidad previa» caracterizada por ciertos factores «predisponentes».
- El inicio en la depresión neurótica no supone una transición brusca del estado de normalidad al depresivo sino un proceso. En ello radicaría su diferenciación de la «depresión reactiva» en la que se detectan sucesos precipitantes específicos y una brusca transición al estado patológico depresivo.

B) *La sintomatología conductual* vendría caracterizada, como señala Maldonado (1982) por:

- «Cambios emotivos»: caracterizados por la dimensión de la tristeza (Nemiah, 1975); sentimientos de infelicidad, ausencia de gratificación, ausencia de sentimientos de afecto, etc.
- «Cambios motivacionales»: caracterizados por la apatía, ausencia de incentivos y el deseo de «escapar» de la propia situación.
- «Cambios cognitivos»: caracterizados por pensamientos distorsionados sobre sí mismo, su mundo y su futuro (Beck, 1974) que se traduciría en

autoevaluaciones negativas, autoinculpaciones, autocríticas y expectativas negativas.

- «Cambios fisiológicos»: caracterizados por la siguiente sintomatología orgánica: trastornos gastrointestinales, cefaleas, anorexia, pérdida del apetito sexual, etc.
- «Cambios conductuales»: caracterizados según Lewinsohn (1974) por una serie de excesos y déficits tales como: tendencia al llanto, quejas, inhabilidad para concentrarse, fatiga, irritabilidad; así como por una clara disminución en la actividad general, en su participación social. en sus actividades decisorias, etc.

No obstante lo expuesto, interesa precisar que en la organización de los factores alterados, así como en los procesos postulados de adquisición y mantenimiento de la conducta depresiva, nos encontramos con posturas teóricamente divergentes dentro del ámbito conductual que seguidamente exponemos.

1.3. Modelos cognitivos y conductuales explicativos de la depresión

Sin ánimo de forzar una exposición minuciosa de los diferentes modelos cognitivos y conductuales vamos, al menos, a presentar resumidamente aquellos cuya presunta o probada efectividad antidepresiva constituye la razón del presente trabajo.

1.3/1. Modelo cognitivo de la conducta depresiva

En años recientes varios autores en el área de la terapia del comportamiento (Brady, 1967; Davison, 1968; Folkins, Lawson, Opton y Lazarus, 1968; Láza-

rus, 1968; Leitenberg, Agras, Barlow y Oliveau, 1969; L'Ordon, 1964; Mischel, 1968; Murray y Jacobson, 1969; Sloane, 1969; Valine y Ray, 1967; Weitzman, 1967), han reconocido la importancia de los constructos mediadores o de los procesos cognitivos en la terapia del comportamiento. Sin embargo, tales formulaciones cognitivas han sido breves en su mayor parte. Se requiere una ampliación sustancial de la naturaleza de los procesos cognitivos para explicar adecuadamente los fenómenos clínicos y los efectos de la intervención terapéutica (véase Weitzman, 1967).

Un mayor énfasis en las descripciones del individuo de sus eventos internos puede llevar a una visión más completa de la psicopatología humana y de los mecanismos del cambio comportamental. Utilizando datos introspectivos el teórico cognitivo tiene acceso a los pensamientos, ideas, actitudes, sueños y ensueños del paciente. Estas producciones ideacionales le proporcionan la materia prima con la cual puede formar conceptos y modelos. Tales conceptos pueden también generar hipótesis que dan base a experimentos controlados en pacientes psiquiátricos (Loel y cols., 1967). Los datos introspectivos tales como los sueños y las cogniciones también se han adaptado a la investigación sistemática (Beck, 1967).

La organización cognitiva total parece estar compuesta de sistemas primitivos consistentes en estructuras cognitivas relativamente incompletas y de sistemas más maduros compuestos por estructuras refinadas y elásticas (correspondiendo al proceso secundario). Algunos de los elementos conceptuales pueden ser predominantemente verbales, mientras otros pueden ser predominantemente pictóricos.

Muchos de los conceptos primitivos son ideosincráticos y poco realistas. Bajo condiciones ordinarias de vigilia, es-

tos conceptos ideosincráticos parecen ejercer sólo efectos mínimos o esporádicos en el pensamiento integrado del individuo. Las cogniciones extrañas o irracionales que surgen del sistema primitivo son generalmente sometidas a prueba, autenticadas y rechazadas por los centros superiores. Sin embargo, cuando la organización cognitiva está desubicada, como en los estados de depresión, estos conceptos ideosincráticos son hiperreactivos. En tales circunstancias, los sistemas conceptuales producen una poderosa corriente de pensamientos depresivos. Como estas ideas ideosincráticas se tornan hiperactivas, tienden a suplantar las conceptualizaciones más realistas y llegan a ser más refractarias a la prueba de la realidad y al juicio.

La forma que asuma la enfermedad psiquiátrica se relaciona con el contenido de las cogniciones verbales o de las fantasías que sean predominantes y perseverantes. Ejemplo, los pacientes deprimidos reportan en sus pensamientos diversos, una alta frecuencia de temas relacionados con la privación o la autodegradación, y lo mismo ocurre en sus sueños y ensueños.

El estudio y el análisis de los datos introspectivos sugiere que la organización cognitiva, lejos de ser meramente un eslabón de la cadena del estímulo y las respuestas, es un sistema casi autónomo por derecho propio. Aunque este sistema generalmente interactúa en gran parte con el medio ambiente, puede ser en ocasiones relativamente independiente del medio ambiente; por ejemplo, cuando el paciente tiene ensueños o cuando cae en un estado anormal, tal como la depresión.

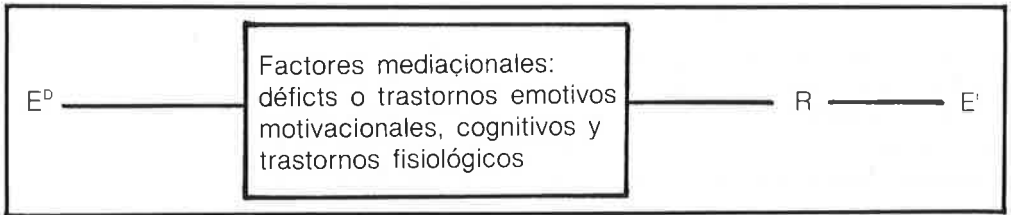
Aun siendo numerosos los autores que han trabajado con este modelo: Meichenbaum, 1975; Mahoney, 1974, etc., entendemos que es Beck, 1967, 1974, 1979, el que más adecuadamen-

te ha llevado a cabo una formulación cognitiva de los conductos depresivos, suscribiendo un modelo conductual mediacional de la depresión (véase cuadro 2) en el que los procesos emotivos, motivacionales, cognitivos y fisiológicos determinan los cuadros conductuales.

En primer lugar, la situación terapéutica produce un efecto calmante en la organización hiperactiva (Rachman, 1968). El efecto calmante puede ser el resultado de la simpatía y aceptación del terapeuta (Traux y Carkhuff, 1967), de sus instrucciones específicas de re-

Cuadro 2

MODELO MEDIACIONAL DE LA CONDUCTA DEPRESIVA



En resumen, los pacientes depresivos parecen sacar conclusiones ilógicas en lo que se refiere a su autoestimación, por lo que son víctimas de procesos ilógicos de pensamiento. Los principales errores de lógica, cometidos por las personas deprimidas cuando interpretan la realidad son:

- a) Conclusiones arbitrarias: deducciones sacadas sin pruebas suficientes o sin ninguna prueba.
- b) Abstracción selectiva: conclusión sacada basándose tan sólo en uno de tantos eventos de la situación.
- c) Generalización excesiva: conclusión global sacada en base a un solo evento.
- d) Magnificación y minimización: errores graves en la evaluación de una ejecución.

Finalmente, ¿cómo explica el modelo cognitivo los efectos terapéuticos de las terapias cognitivas o comportamentales en estados tales como las depresiones?

lajación (Wolpe y Lazarus, 1966), o de su aprobación verbal explícitamente manifestada (Wagner y Cauthen, 1968). Los efectos calmantes también pueden ser producidos utilizando instrucciones automatizadas de relajación. Como han indicado Lader y Mathews (1968), reducir el nivel de excitación a menos de un cierto punto crítico tiende a facilitar la habituación o la tolerancia de determinadas imágenes.

En segundo lugar, la sesión terapéutica ofrece al paciente la oportunidad de experimentar y comprobar la realidad de sus cogniciones verbales o pictóricas que se relacionan en forma causal con su estado de depresión o ansiedad.

1.3/2. *Modelos de inspiración Skinneriana de la conducta depresiva*

Para el modelo Skinneriano la depresión es considerada como una respuesta operante sobre el entorno con la que se obtienen determinados reforzadores

(atención, afecto, reducción de angustia). Tales beneficios secundarios mantienen el comportamiento con el que el sujeto ejerce un control sobre el entorno. Simultáneamente, los comportamientos no depresivos no serían reforzados. De este tronco de árbol Skinneriano surgen varias ramas o teorías explicativas de la conducta depresiva que pasamos a resumir:

A) *Teoría Skinneriana pura*: el sujeto deprimido presenta un fenómeno de extinción que es debido a una grave carencia en el reforzamiento social, lo que mantiene el comportamiento (Skinner). En consecuencia, el tratamiento debería consistir en una extinción de los comportamientos más depresivos y un reforzamiento diferencial de las conductas alternativas positivas.

B) *Modelo de Lewinsohn*: Según el autor habría una condición «psicopatológica de base» que secundariamente desembocaría en un reforzamiento operante de la depresión. Simultáneamente,

el sujeto exhibiría un extenso repertorio de inhabilidades sociales por lo que el tratamiento tendría que consistir en un entrenamiento en habilidades sociales que potenciara el incremento en el número de reforzamientos ambientales.

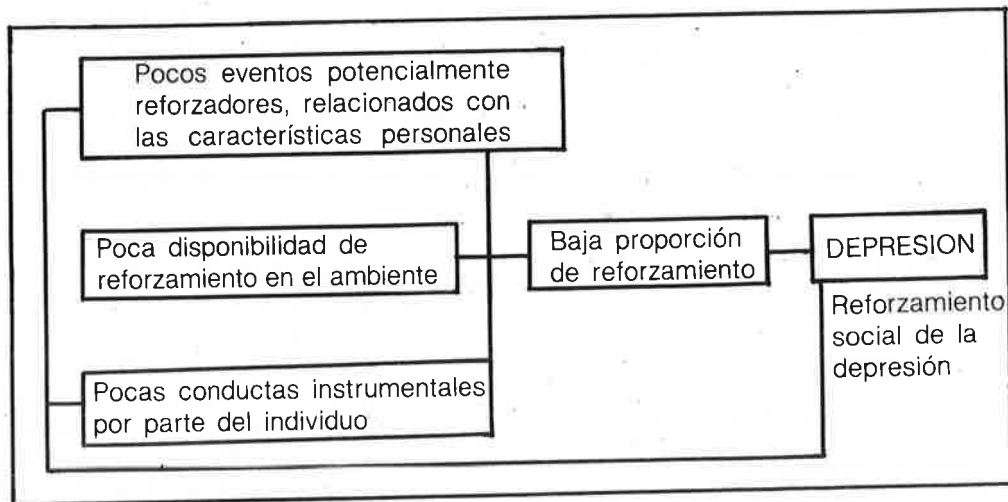
A continuación (véase cuadro n.º 3) representamos esquemáticamente el modelo de depresión de Lewinsohn.

C) *Modelo de Seligman*: entiende la depresión como la resultante de la pérdida por el sujeto de la posibilidad de hacer una unión entre la acción y el reforzamiento.

Un sujeto, colocado en una situación de pasividad en lo que no tiene posibilidad de actuar sobre el entorno (situación de stress inevitable: un acontecimiento inevitable, un traumatismo importante... o en la experimentación animal: choques eléctricos inevitables, incontrolados e imprevisibles), pierde la noción de que actuar desemboca en un reforzamiento. Cuando el organismo llega a convencerse de que no pue-

Cuadro 3

MODELO DE LEWINSOHN



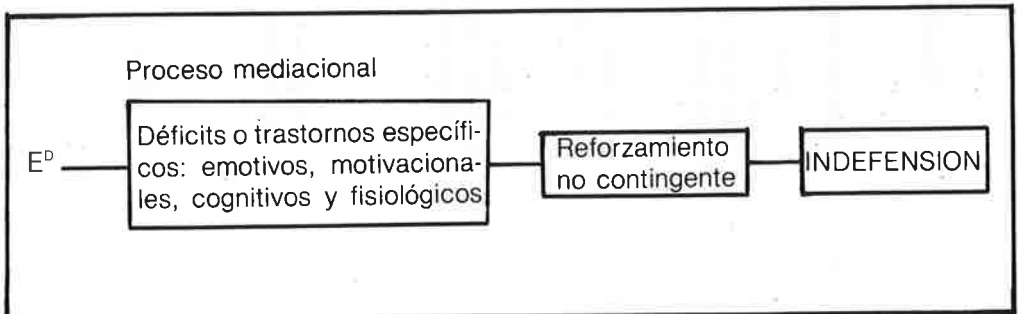
de ejercer control alguno sobre tales sucesos, la ansiedad queda reemplazada por la depresión. En la figura siguiente

(véase cuadros n.º 4 y 5) se representan los principales detalles de su análisis.

Cuadro 4
MODELO DE SELIGMAN

	Sentimiento de impotencia aprendido en animales	Depresión reactiva en seres humanos
Manifestaciones	<p>Pasividad ante la tensión.</p> <p>Disipación del efecto con el tiempo.</p> <p>Anorexia. Pérdida de peso. Insuficiencia de neropinefrina en el cerebro.</p>	<p>Pasividad, «parálisis de la voluntad» (Beck, 1970).</p> <p>Expectativas negativas respecto al manejo de la tensión o de algún obstáculo aun cuando la ejecución es adecuada; sentimientos de impotencia.</p>
Etiología	<p>Tensión incontrolable — no tensión entre sí, sino el haber aprendido que no hay respuesta que reduzca confiablemente la estimulación aver- siva.</p>	<p>Se disipa con el tiempo a pesar de que este tiempo es muy indefinido pudiendo abarcar desde días hasta años. Mejoría al incrementarse el nivel de neropinefrina.</p> <p>Incapacidad de controlar eventos de la vida, como la pérdida de un ser amado, la enfermedad física, o el no aliviar sufrimientos u obtener satisfacciones.</p>

Cuadro 5
MODELO DE SELIGMAN



Cuadro 6. EFICACIA COMPARATIVA DE DIFERENTES TRATAMIENTOS

Autor y año	Grupos de tratamiento	N	Medidas utilizadas en la evaluación	Resultados y conclusiones
TAYLOR MARSHALL, 1977	I. TC (Beck).	7	C.D.I. de Beck; MMPI Escala «D»; Escala de Autoestima de Kelly; Escala de apreciación subjetiva de la depresión Aitken; Registro de adjetivos afectivos de Zuckerman y Lubin; EPI.	Las mejoras obtenidas según todas las medidas de evaluación son más significativas en los SS del grupo III.
	II. Tcd.	7		
	III. Combinación ambas.	7		
	Si hubo grupo control.	7		
		N = 28		
SHAW, 1977	I. TC (Beck).	8	Auto-reportes; C.D.I. de Beck; Escala de Aitken; conductas objetivas manifiestas.	La terapia cognitiva de Beck, según todas las medidas, resultó ser más eficaz que el tratamiento comportamental de Lewinsohn.
	II. Tcd. Lewinsohn.	8		
		N = 16		
LAPOINTE RIMM, 1980	I. TC (Beck).	11	Entrevista standar, C.D.I. de Beck; Inventario de asertividad de Rathus; MMPÍ; Situación presentada en vídeo que requería una respuesta asertiva.	Tras el seguimiento y considerando todas las medidas que se emplearon en la evaluación, el orden de eficacia de los tratamientos fue el siguiente: Grupo II, I y III. Hay que destacar que las terapias no cognitivas lograron cambios más significativos en las racionalizaciones de los SS tratados.
	II. Terapia asertiva.	11		
	III. Terapia por «insight».	11		
			N = 33	
RUSH et al., 1981	I. TC (Beck).	17	C.D.I. de Beck y conductas manifiestas.	El análisis de los datos obtenidos indica que la terapia cognitiva es más eficaz a largo plazo, por su parte, el tratamiento mediante imipramina produce una mejoría en los primeros días pero luego los SS experimentan una regresión.
	II. Imipramina.	17		
		N = 34		
GARDNER OEI, 1981	I. TC (Beck).	8	C.D.I. de Beck; Escala de Autoestima de Kelly y conductas manifiestas.	La terapia cognitiva de Beck se mostró más eficaz que las técnicas comportamentales.
	II. Tcd.	8		
		N = 16		

Cuadro 7. VARIABLES RELEVANTES EN EL ESTUDIO Y TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION

Autor y año	Objetivo del estudio	Sujetos	Diseño experimental	Resultados y conclusiones
ROZENSKY et al., 1977	Papel del autorreforzamiento en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.	Hospitalizados.	Los Ss fueron divididos en 2 grupos (alto y bajo nivel depresivo) y comparados con un GC en una tarea de memoria.	Los Ss con alto nivel depresivo utilizan preferentemente estrategias de autorreforzamiento, mientras que los Ss control y de bajo nivel utilizan con preferencia estrategias de auto-castigo.
CRAIGHEAD HICKEY, 1979	Evaluación de las 4 Ho. del modelo cognitivo de Beck.	Pacientes.	Entre-Dentro.	No se confirmaron tales Ho.
DUNN, 1979	Papel de los patrones de lenguaje desadaptativo en el desarrollo de depresiones.	No pacientes.	20 depresivos moderados fueron asignados al azar a una de las siguientes condiciones de modificación cognitiva (auto-evaluación, reportes subjetivos del afecto, reacción al stress, elección de la forma de lenguaje y asunción no punitiva de la cd.) y una condición control.	Todos los Ss tratados se mostraron menos depresivos y su lenguaje fue más adaptativo.
SHAFFER et al., 1981	Eficacia de la terapia cognitiva en grupo o individual.	Pacientes.	Entre-Dentro.	La aplicación en grupo fue más eficaz para reducir los síntomas depresivos y los niveles de ansiedad.
GARDNER OEI, 1981	Relación entre autoestima y depresión antes y después del tratamiento.	Pacientes.	16 pacientes depresivos fueron emparejados según su edad, sexo y nivel de depresión y asignados al azar a una de las dos condiciones siguientes: grupo de terapia de conducta y grupo de terapia cognitiva.	Durante la LB no se observó correlación alguna entre las variables estudiadas, tras la fase de seguimiento se comprobó que la auto-estima correlacionaba con la mejoría en los síntomas depresivos.

1.4. Eficacia de diversos modelos conductuales en el tratamiento de la conducta depresiva

Para evaluar la eficacia de estos modelos hemos llevado a cabo el presente estudio que se ha basado en una selección, recopilación y análisis posterior de la bibliografía pertinente sobre el tema: el tratamiento de la conducta depresiva.

Los *criterios de selección* de los artículos recopilados y analizados, han sido los siguientes:

- a) Trabajos de revisión e investigación terapéutica.
- b) Publicados entre 1975 y 1981 (ambos años inclusive) en lengua inglesa, a excepción de las comunicaciones y potencias efectuadas en congresos.

Por su parte, el *análisis* de los artículos seleccionados y recopilados se efectuó, en función de las siguientes características:

- a) Estudios de grupos comparados.
- b) Estudios sobre los efectos diferenciales de distintas variables implicadas en este tipo de terapias.

1.4/1. Resultados

A) Estudios de grupos comparados

A continuación en el cuadro «I», se recogen aquellos estudios de investigación terapéutica cuyo propósito consistió en la comparación de diferentes tratamientos en cuanto a su eficacia terapéutica.

Las claves utilizadas para la exposición de los datos que tienen algún interés para realizar un análisis como el que se propone aquí, son: autor y año, grupos de tratamiento, existencia o no de

grupo control, número de sujetos tratados, medidas utilizadas en la evaluación, resultados obtenidos y conclusiones.

B) Estudios de investigación terapéutica sobre los efectos diferenciales de las distintas variables implicadas en este tipo de terapias

En el cuadro n.º 6 que exponemos a continuación, se recogen aquellos trabajos de investigación terapéutica cuyo objetivo queda especificado en el epígrafe de este apartado.

Las claves utilizadas, en este caso, han sido: autor y año, objetivo del estudio, número de sujetos e índole de los mismos, diseño experimental y resultados.

1.4/2. Análisis de los resultados

A) Estudios de grupos comparados

Lo primero que advertimos al examinar el cuadro n.º 5 es el escaso número de este tipo de estudios, lo que por otra parte ya fue advertido por Kovacs (1980) en su trabajo de revisión, es decir, como también concluía este autor, es necesario desarrollar estudios de esta índole.

Pero sin duda alguna, no basta con llevar a cabo estudios de grupos comparados, sino que además, éstos han de tener en cuenta una serie de consideraciones metodológicas, sin cuya contemplación los resultados que se alcancen no tendrán ninguna validez.

Los estudios analizados por nosotros, pese a estar firmados por prestigiosos autores en la materia, presentan una serie de «errores metodológicos» que limitan las conclusiones a las que podemos llegar con nuestro análisis, algunos de estos errores son:

- a) Carecer de fase de seguimiento (Taylor y Marshall, 1977); (Shaw, 1977).
- b) Falta de rupos de control (Shaw, 1977; Lapointe y Rimm, 1980; Rush et al., 1981; Gardner y Oei, 1981).
- c) Número insuficiente de sujetos para este tipo de estudios (Shaw, 1977; Gardner y Oei, 1981).

Pese a estas desventajas, las conclusiones a las que hemos llegado y que pasamos a expresar a continuación, se ven avaladas (en cierta medida) por el hecho de que en todos los casos se utilizaron pacientes depresivos no voluntarios y prácticamente las medidas de evaluación utilizadas fueron las mismas.

Según los resultados obtenidos en nuestra revisión (ved el cuadro n.º 6) podemos concluir lo siguiente:

- 1. La terapia cognitiva de Beck resulta eficaz en el tratamiento de las depresiones, tanto si la evaluación se realiza mediante pruebas situacionales específicas en las que se requiere que el sujeto emita conductas adaptativas.
- 2. No hay datos suficientes para evaluar la eficacia diferencial de la terapia cognitiva de Beck con respecto a otras aproximaciones, si nos atenemos al trabajo de Taylor y Marshall (1977; uno de los más completos metodológicamente) así como a otros estudios clínicos de caso único (Rush, Khatami y Beck, 1975; Fush y Himmelhoch, 1980), podemos concluir que una combinación de técnicas cognitivas y comportamentales es la solución adecuada.
- 3. Uno de los factores que más contribuye al éxito terapéutico parece ser la alta motivación del paciente, y también sabemos, que dicha motivación es posible incrementarla si obtenemos cambios rápidos y significativos en el comportamiento del pa-

ciente. Una forma de obtener estos cambios comportamentales es la utilización de terapéuticas farmacológicas, luego una combinación de éstas con técnicas cognitivas puede resultar un tratamiento adecuado y eficaz.

B) *Variables relevantes en los tratamientos cognitivos*

Además de los estudios comparativos considerados anteriormente y cuya finalidad estriba en determinar qué tratamientos son más eficaces, la investigación terapéutica ha dirigido sus esfuerzos a resolver problemas tales como los siguientes:

- a) Papel del autorreforzamiento en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos (Rozensky et al., 1977).
- b) Relación entre ansiedad y depresión (Craighead y Hickey, 1979).
- c) Relación entre distorsión de la percepción y depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- d) Relación entre distorsión del recuerdo y depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- e) Papel del cambio de «humor» en el desarrollo de la depresión (Craighead y Hickey, op. cit. ant.).
- f) Relación entre lenguaje y depresión (Dunn, 1979).
- g) Relación entre autoestima y depresión (Cardner y Oei, 1981).

A la vista del cuadro n.º 7 podemos decir, que la situación con respecto a estos temas se encuentra del siguiente modo:

- 1. El autorreforzamiento parece jugar un importante papel en el mantenimiento de la depresión más que en el desarrollo de ésta.

2. Ansiedad, distorsión de la percepción y el recuerdo, y cambio de «humor», son factores que consideramos independientemente no explican el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos.
3. Del estudio de Dunn (1979) se deriva que los patrones de lenguaje desadaptativo juegan un importante papel en el desarrollo de la depresión.
4. La aplicación en grupo de la terapia cognitiva-comportamental se muestra más eficaz que la aplicación individual, lo que supone que la asertividad (modelo socioambiental) es una de las variables a manejar en el tratamiento de los trastornos depresivos.
5. También se ha podido comprobar que existe una estrecha relación entre autoestima y mejora de los síntomas depresivos. Si pensamos que uno de los efectos del entrenamiento asertivo es el incremento de la autoestima de los sujetos sometidos a este tipo de entrenamiento, es posible concluir (al igual que en el punto anterior) que la asertividad juega un papel preponderante en el manejo de pacientes depresivos.

Estas afirmaciones son más concluyentes que las derivadas de los estudios de grupos comparados en el cuadro que, el «rigor» metodológico de los mismos es mayor.

Cabría hacer aquí una especial mención a los estudios de revisión de Whitehead (1979) y Grossberg (1981), ambos autores concluyen que uno de los temas a estudiar es el de la influencia del nivel socioeconómico del paciente en la sensibilidad al tratamiento mediante técnicas cognitivas, no cabe duda que la resolución de este tipo de problemas abriría nuevos caminos a nues-

tra disciplina, todavía más, cuando desde otras perspectivas (recuérdese el trabajo de Bernstein en el campo de la sociolingüística) se han postulñado estrechas relaciones entre el nivel socioeconómico y el tipo de lenguaje y cogniciones que presentan los sujetos estudiados, variables éstas, de suma importancia en los modelos cognitivos propuestos para explicar el desarrollo y mantenimiento de los trastornos depresivos. Con todo, podríamos concluir, que el tema no ha recibido aún una respuesta clara y que los psicólogos cognitivos defienden frente a los comportamentales, que la eficacia de sus procedimientos comportamentales.

1.4/3. Conclusiones

1. La terapia cognitiva se muestra eficaz para el tratamiento de las depresiones, pero, es necesario desarrollar estudios de grupos comparados para determinar su eficacia terapéutica con respecto a otros tratamientos.
2. El hecho de que la terapia cognitiva-comportamental aplicada en grupo sea más eficaz que la versión aplicada individualmente y de que exista una estrecha relación entre autoestima y mejora de los síntomas depresivos, indica que la asertividad es una de las variables a tener en cuenta en el tratamiento de los trastornos depresivos.
3. Es necesario desarrollar estudios encaminados a resolver la polémica existente entre los partidarios de las técnicas comportamentales y cognitivas, con respecto a la influencia del nivel socioeconómico de los pacientes en la eficacia terapéutica de las técnicas cognitivas.

2. EXPERIMENTACION

2.1. Metodología

— *El objetivo* planteado con el siguiente trabajo es evaluar la eficacia relativa de las técnicas de Beck, Skinnerianas y multimodales en el tratamiento de las conductas depresivas y, en consecuencia, inferir sobre la eficacia de los modelos en que se sustentan tales técnicas.

— *La hipótesis de trabajo* que planteamos se basa en los siguientes supuestos:

- 1.º Dado que según el modelo cognitivo la conducta depresiva sería la resultante de unas «distorsiones cognitivas» mediadoras entre el estímulo y la respuesta.
- 2.º Dado que para el modelo Skinneriano la conducta depresiva se entiende como una operante sobre el entorno con la que se obtienen determinados reforzadores al tiempo que los comportamientos no depresivos no serían reforzados.

Entendemos, en consecuencia, que «un tratamiento multimodal de las conductas depresivas que modifique simultáneamente tanto a las conductas cubiertas (a nivel mediacional, en una reestructuración cognitiva), como a las conductas abiertas (extinción de los comportamientos más depresivos y reforzamiento de las conductas alternativas positivas, en base a una economía de fichas) será más efectivo que cualquiera de ellos indistintamente.

— *Población*: 22 sujetos (12 varones y 10 hembras) con edades comprendidas entre 10 y 16 años, diagnosticados de neurosis depresivas en base a su ajuste a los síntomas definitorios de dichos trastornos, expuestos con anterioridad, y que fueron extraídos de las his-

torias clínicas, entrevistas, informes de padres y profesores y puntuaciones en el C.D.I. modificado de Beck. Todos los sujetos de experimentación aceptaron y se sometieron voluntariamente al tratamiento.

— *Diseño*: puesto que nuestro propósito era evaluar la efectividad relativa de las técnicas de Beck, Skinnerianas y multimodales en el tratamiento de la conducta depresiva, los sujetos fueron distribuidos por azar en 3 grupos de 6 individuos, restando 4 sujetos que, al no someterse al tratamiento por razones familiares o sociales, o por renuncia al mismo constituyeron un impen-sado grupo control. En consecuencia con lo expuesto, se procedió con un diseño de grupos independientes.

Variables independientes

— *El grupo primero* fue tratado mediante técnicas de «reestructuración cognitiva», según procedimiento sugerido por Beck y colaboradores, cuyo modelo teórico se expuso con anterioridad y cuya técnica se ajusta a los siguientes pasos:

A) «*Reconocimiento de las cogniciones ideosincráticas*»: «consistente en entrenar al paciente a reconocer sus cogniciones ideosincráticas o pensamientos automáticos» (Beck, 1963). Ellis (1962), se refiere a estas cogniciones como «afirmaciones internalizadas» y las explica al paciente como ideosincráticas porque reflejan una evaluación errónea, que va desde una distorsión moderada a una interpretación completamente errónea. En el neurótico moderado, las ideas distorsionadas generalmente están en la periferia de la conciencia. Por eso es necesario motivarle y entrenarle a atender tales pensamientos.

B) «*El distanciamiento*»: consistente en enseñar al paciente a examinar tales ideas ideosincráticas objetivamente. El pensamiento frecuentemente tiene la misma clase de realismo que la percepción de un estímulo externo. El distanciamiento se refiere al proceso de lograr objetividad hacia esas cogniciones. Como el individuo neurótico tiende a aceptar la validez de sus pensamientos ideosincráticos sin someterlo a ninguna clase de evaluación crítica, es primordial entrenarle a distinguir entre sus pensamientos y la realidad externa, entre hipótesis y hechos.

C) «*La distorsión de las distorsiones y deficiencias cognitivas*»: Beck ha indicado que los pacientes depresivos tienen pensamientos erróneos o desordenados en ciertas áreas específicas de la experiencia. Una parte de la tarea de la terapia cognitiva es ayudar al paciente a reconocer tales pensamientos erróneos y a hacer las correcciones apropiadas. El tipo de pensamiento ilógico que normalmente el paciente implica en sus respuestas cognitivas es el siguiente:

- La «inferencia arbitraria» que se refiere al proceso de llegar a una conclusión cuando se carece de evidencias o éstas son contrarias a la conclusión.
- La «magnificación»: se refiere a la tendencia a exagerar el significado de un acontecimiento específico.
- La «sobregeneralización»: se refiere al proceso de hacer una generalización injustificada en base a un solo incidente.
- La «deficiencia cognitiva»: se refiere al hecho de no tomar en cuenta un aspecto importante de la situación vital. Los pacientes con este de-

fecto ignoran, no integran, o no utilizan la información derivada de la experiencia.

— *El grupo segundo* fue tratado mediante «técnica Skinneriana» —en base a una programación de economía de fichas— tendente a extinguir las conductas depresivas y a incrementar, simultáneamente: a) sus conductas vinculadoras: verbales, físicas y sociales; b) sus conductas de independencia personal y social y c) su nivel de competencia y autoestima, tanto a nivel familiar como escolar, en función de la planificación y diseño de una «pedagogía del éxito» en ambos ambientes.

— *El grupo tercero* recibió un «tratamiento multimodal o mixto» de las dos técnicas anteriores.

Todos los sujetos de los 3 grupos experimentales estuvieron sometidos a tratamiento durante 3 meses recibiendo, en los casos de «reestructuración cognitiva» una sesión semanal e individual de 60 minutos de duración. Los sujetos sometidos a «técnica Skinneriana» (economía de fichas) eran entrevistados cada 15 días para reevaluar con ellos y con sus padres la marcha de los programas e introducir las variables correctoras o modificadoras pertinentes. Lo propio se hacía en relación al seguimiento escolar.

— *Variable independiente*: se adoptó como medida representativa del cambio conductual la escala C.D.I. modificada de Beck, cuyos datos relativos a su validez y fiabilidad fueron probados por el doctor Rodríguez-Sacristán y colaboradores (1983). Con cada sujeto se llevaron a cabo dos evaluaciones con el citado cuestionario, antes y al final del tratamiento, no siendo posible en el presente trabajo, por limitaciones cronológicas, ofrecer un seguimiento de los resultados obtenidos.

2.2. Resultados y análisis de los mismos

4 grupos la diferencia entre las puntuaciones obtenidas en el cuestionario C.D.I., modificado, de Beck, cuyas puntuaciones fueron las siguientes:

1º Hallamos para cada uno de los

GRUPO 1. Tec. COGNITIVA. LINEA-BASE. FINAL TRATAMIENTO

S U J E T O S	1	2	3	4	5	6
	11	14	15	15	16	9
	6	7	5	6	8	4

GRUPO 2. Tec. SKINNERIANA. LINEA-BASE. FINAL TRATAMIENTO

S U J E T O S	1	2	3	4	5	6
	8	12	12	16	15	9
	6	8	7	9	9	7

GRUPO 3. Tec. MIXTA. LINEA-BASE. FINAL TRATAMIENTO

S U J E T O S	1	2	3	4	5	6
	9	11	12	14	16	17
	4	7	6	5	5	6

GRUPO 4. CONTROL. LINEA-BASE. FINAL TRATAMIENTO

S U J E T O S	1	2	3	4
	10	12	12	8
	11	9	11	9

2.º Hallamos el valor de $F = 5.11$

Valor de F al 5% = 3.16 5.11

Valor de F al 1% = 5.09 5.11

Grados de libertad, 3.

Rechazamos la hipótesis nula, es decir, existen diferencias entre los grupos.

3.º Comprobamos las diferencias, efectuando las siguientes «t» de Student.

GRUPO I — GRUPO II

$t = 1.91$

En las tablas al 0.05 y 5 gl = 2.57 1.91

Aceptamos la hipótesis nula, no hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO I — GRUPO II

$t = 0.70$

En las tablas al 0.05 y 5 gl = 2.571 —0.70

Aceptamos la hipótesis nula. No hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO I — GRUPO IV

$t = 5.05$

En las tablas al 0.05 y 8 gl = 2.306 5.05

En las tablas al 0.01 y 8 gl = 3.355 5.05

Rechazamos la hipótesis nula, es decir, si hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO II — GRUPO III

$t = 1.32$

En las tablas para el 0.05 y 5 gl = 2.571 —1.32

Aceptamos la hipótesis nula. No hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO II — GRUPO IV

$t = 2.102$

En las tablas para el 0.05 y 8 gl = 2.306 2.102

Aceptamos la hipótesis nula, es decir, no hay diferencias significativas entre los grupos.

GRUPO III — GRUPO IV

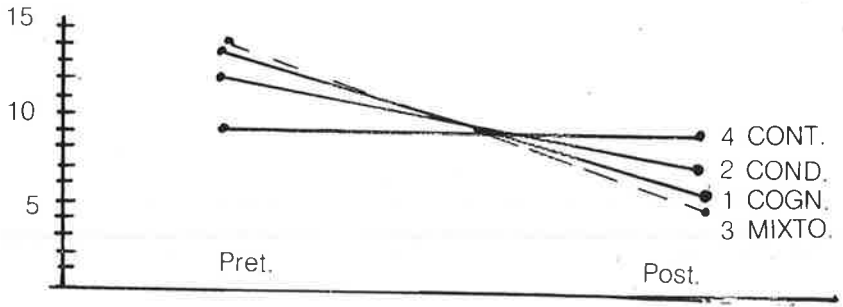
$t = 3.792$

En las tablas para el 0.05 y 8 gl = 2.306 3.792

En las tablas para el 0.01 y 8 gl = 3.355 3.792

Rechazamos la hipótesis nula, es decir, si hay diferencias significativas entre los grupos.

Puntuación X de los grupos en el C.D.I.



2.3. Discusión de resultados

Es de interés subrayar el que se hayan encontrado diferencias significativas entre las técnicas cognitivas y mixtas en relación al grupo de control, y sólo diferencias cuantitativas entre este grupo y el conductual. Tales resultados vienen a coincidir en lo esencial con las investigaciones más actualizadas que destacan preponderantemente el papel de los factores cognitivos, antes que los puramente motivacionales externos, en la determinación de la génesis, mantenimiento y tratamiento de la depresión neurótica. Así por ejemplo, los tratamientos recibidos por los grupos I (reestructuración cognitiva) y III (mixto) condujeron, cuantitativamente, a las más acusadas reducciones sintomatológicas.

El hecho, sin embargo, de que en nuestros sujetos de tratamiento, las técnicas conductuales hayan resultado relativamente efectivas, pone de relieve que a estas edades las contingencias externas de reforzamiento desempeñan un importante papel, que no es aconsejable desdeñar, en la elaboración de las estrategias terapéuticas de las neurosis depresivas. Tal puntualización se pone de manifiesto al evaluar los resultados del grupo III (tratamiento mixto) que si bien no fue diferencialmente más

efectivo que el grupo I (tratamiento cognitivo), sí condujo, cuantitativamente a los mejores resultados.

El que, de otra parte, las mayores reducciones sintomatológicas se obtuvieran con los grupos III y I, en los que se procedió con reestructuración cognitiva, permitiría inferir una mayor prevención en tales grupos en la recaída de los sujetos tratados, si bien, por limitaciones de tiempo no nos es posible confirmar ni desmentir, por el momento, tal inferencia. Aventuraamos que así podría suceder porque dicho tratamiento, al incidir en los procesos mediacionales de la conducta depresiva, dotaría al sujeto de más y mejores recursos para prevenir recaídas que la eventual y azarosa supeditación a unas contingencias mecánicas y externas de reforzamiento las cuales, por lo demás, al mejorar el nivel de ejecución de los sujetos, incidirían también, secundaria-mente, en una reestructuración cognitiva de su propia autovaloración.

De lo expuesto cabría deducir que se hacen necesarios nuevos estudios de grupos comparados para determinar con rigor la eficacia relativa de las terapias cognitivas de otros tratamientos, así como seguimientos prolongados de los mismos que determinen sus características preventivas, respecto de futuras recaídas.

2.4. Conclusiones

El análisis estadístico de los resultados obtenidos viene a demostrar:

- 1) La confirmación de la hipótesis de trabajo por cuanto la técnica mixta resultó cuantitativamente la más efectiva en la reducción sintomatológica. Si bien no ofreció ninguna eficiencia relativa sobre la técnica cognitiva —en relación al grupo de control.
- 2) Cualitativamente los mejores resultados se obtuvieron con los grupos tratados mediante reestructuración cognitiva.
- 3) El tratamiento conductual resultó cualitativamente menos exitoso que el tratamiento de reestructuración cognitiva y el mixto, en relación al grupo control.
- 4) Una combinación, pues, de técnicas cognitivas y conductuales parece apuntarse como la solución más adecuada para el tratamiento de estos trastornos depresivos.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER, A.: *What life should mean to you* (A Porter, Ed.). New York: Capricorn, 1958. (Originally published, 1931.)
- AKISKAL, H. S.; BITAR, A. H.; PUZANTIAN, V. R.; ROSENTHAL, T. L. y WALKER, P. W.: «The nosological status of neurotic depression». *Archives of General Psychiatry*, 1978.
- ALEXANDER, F.: *Psychomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton, 1950.
- ALLPORT, G. W.: *Becoming*. New Haven: Yale University Press, 1955. *American Psychiatric Association. Diagnostic & Statistical Manual, II*. Washington: American Psychiatric Association, 1968.
- ATKINSON, R. y SHIFFRIN, R.: «Human memory: A proposed system and its control processes». In: K. Spence y J. Spence (Eds.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 2). New York: Academy Press, 1968.
- BAER, D.; WOLF, M. y RISLEY, T.: «Some current dimensions of applied behavior analysis». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968.
- BALDESSARINI, R. J.: *CHEMOTHERAPY IN PSYCHIATRY*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1977.
- BANDURA, A.: *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- BANDURA, A.: «Behavior theory and models of man». *American Psychologist*, 1974.
- BANDURA, A.: «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change». *Psychological Review*, 1977.
- BANDURA, A.: «The self-system in reciprocal determinism». *American Psychologist*, 1979.
- BANDURA, A.: *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1977.
- BANDURA, A.; BLANCHARD, E. y RITTER, B.: «The relative efficacy of desintization and modelling treatment approaches for inducing affective, behavioral, and attitudinal changes». *Journal of Personality and Social Psychology*, 1969.

- BECK, A. T.: «Thinking and depression: 1, Idiosyncratic content and cognitive distortions». *Archives of General Psychiatry*, 1963.
- BECK, A. T.: «Thinking and depression: 2, Theory and therapy». *Archives of General Psychiatry*, 1964.
- BECK, A. T.: *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber, 1967. (Republished as *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.)
- BECK, A. T.: *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1973.
- BECK, A. T.: *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- BECK, A. T.: *Depression inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy, 1978.
- BECK, A. T. y GREENBERG, R. L.: *Coping with depression* (a booklet). New York: Institute for Rational Living, 1974.
- BECK, A. T.; KOVACS, M. y WEISSMAN, A.: «Hopelessness and suicidal behavior: An overview». *Journal of the American Medical Association*, 1975.
- BECK, A. T.; KOVACS, M. y WEISSMAN, A.: «Assesment of suicidal intention: The Scale for Suicidal Ideation». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, in press.
- BECK, A. T.; RESNIK, H. L. P. y LEIBER, D. (Eds.): *The prediction of suicide*. Bowie, Md.: Charles Press, 1974.
- BECK, A. T. y RUSH, A. J.: «Cognitive approaches to depression and suicide». In: G. Serban (Ed.), *Cognitive defects in the development of mental illness*. New York: Brunner-Mazel, 1978.
- BECK, A. T.; WEISSMAN, A.; LESTER, D. y TRELXER, L.: «The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974.
- BECK, A. T. y MAHONEY, M.: «Schools of thought?». *American Psychologist*, 1979.
- BECK, A.; RUSH, A. J.; SHAW, B. Y EMERY, G.: *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford, 1979.
- BECKER, J.: *Depression: Theory and research*. Washington, D.C.: V. H. Winston and Sons, Inc., 1974.
- BELMONT, J. Y BUTTERFIELD, E.: «The instructional approach to developmental cognitive research». In: R. Kail & J. Hagen (Eds.), *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1977.
- BERNE, E.: *Transsectional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press, 1964.
- BERNE, E.: *Games people play*. New York: Grove Press, 1964.
- BINSWANGER, L.: «The case of Ellen West: An anthropological-clinical study». (W. M. Mendel and L. Lyons, trans.) In: R. May; E. Angel and H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A new dimensions in psychology and psychiatry*. New York: Basic Books, 1958. (Originally published, 1944-5.)
- BORKOWSKI, J.: *Sings of intelligence: Strategy generalization and metacognition*. Paper presented at the University of Wisconsin Conference on Growth of Insight, Madison, 1979.
- BORKOWSKI, J. y CAVANAUGH, J.: «Maintenance and generalization of skills and strategies by the retarded». In: N. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency: Psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1979.

- BORNSTEIN, P. Y QUEVILLON, R.: «the effects of self-instructional package on overactive boys». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1976.
- BOWER, G.: «Contacts of cognitive psychology with social learning theory». *Cognitive Therapy and Research*, 1978.
- BOWERS, H. S.: «Situationism in psychology: An analysis and critique». *Psychological Review*, 1973.
- BREGER, L. y MCGAUGH, J. L.: «Critique and reformulation of "learning theory" approaches to psychotherapy and neurosis». *Psychological Bulletin*, 1965.
- BREWER, W.: «There is no convincing evidence for operant or classical conditioning in adult humans». In: W. Weimer & D. Palermo (Eds.), *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1978.
- BROWN, A.: «Knowing when, where and how to remember: A problem of metacognition». In: R. Glaser (Ed.), *Advances in instructional psychology*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1978.
- BROWN, A. y CAMPIONE, J.: «Permissible inference from the outcome of training studies on cognitive development researchs». *Quarterly Newsletter of the Institute for Comparative Human Development*, 1978.
- BROWN, J.: «The role of strategic behavior in retardate memory». In: N. Ellis (Ed.), *International review of research in mental retardation* (Vol. 7). New York: Academic Press, 1974.
- BROWNELL, K.; HECKERMAN, C. L. y WESTLAKE, R. J.: *The effect of couples training and spouse cooperativeness in the behavioral treatment of obesity*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, December, 1977.
- BUTLER, L. y MEICHENBAUM, D.: «The Assessment of interpersonal problem-solving skills». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Assessment methods*. New York: Academic Press, 1980.
- CAMERON, R.: «The clinical implementation of behavior change techniques: A cognitive conceptualization of therapeutic "compliance" and "resistance"». In: J. Foreyt & D. Rathjen (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Research and applications*. New York: Plenum, 1979.
- CAMPIONE, J. y BROWN, A.: «Memory and metamemory development in educatable retarded children». In: R. Kail & J. Hagen (Eds.), *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1977.
- CAUTELA, J. y KASTENBAUM, R.: «A reinforcement survey schedule for use in therapy, training and research». *Psychological Reports*, 1967.
- CHASSELL, J. O.: *The «basic model» of psychotherapy*. Paper presented at the meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, December 1953 (revised, March 1977).
- CHRISTIE, G. L.: «Group psychotherapy in private practice». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1970.
- CHANEY, E.; O'LEARY, M. y MARLATT, G. A.: «Skill training with alcoholics». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978.
- COATES, T. y THORESEN, C.: «Self-control and educational practice, or do we really need self-control?». In: D. Berliner (Ed.), *Review of research in education*. New York: Praeger, 1980.
- CONWAY, J. Y BUTCHER, D.: «Transfer and maintenance of behavior change in children. A review and suggestions». In: E. J. Mash & L. C. Handy (Eds.), *Behavior modification and families*. New York: Brunner/Mazel, 1976.

- COVI, L.; LIPMAN, R.; DEROGATIS, L.; SMITH, J. y PATTISON, I.: *Drugs and group psychotherapy in neurotic depression*. *American Journal of Psychiatry*, 1974.
- COYNE, J. C.: «Depression and the response of others». *Journal of Abnormal Psychology*, 1976.
- COYNE, J. C.: «Toward an interactional description of depression». *Psychiatry*, 1976.
- CRAIGHEAD, E.; CRAIGHEAD-WILCOXON, L. y MEYERS, A.: «New directions in behavior modification with children». In: M. Hersen, R. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 6). New York: Academic Press, 1978.
- DANEMAN, E. A.: «Imipramine in office management of depressive reactions (a double-blind study)». *Diseases of the Nervous System*, 1961.
- DAVIS, J. M.: «Overview: Maintenance therapy in psychiatry: II. Affective disorders». *American Journal of Psychiatry*, 1976.
- DEMBER, W. N.: «Motivation and the cognitive revolution». *American Psychologist*, 1974.
- DENNEY, D.: «Self-control approaches to the treatment of test anxiety». In: I. G. Sarason (Ed.), *Test anxiety: Theory, research and applications*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1980.
- DOLLAR, J. y MILLER, N.: *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1950.
- DOUGLAS, V. Y PETERS, K.: «Toward a clearer definition of the attentional deficit of hyperactive children». In: G. Hale & M. Lewis (Eds.), *Attention and the development of cognitive skills*. New York: Plenum, 1981.
- DOUBOIS, P.: *The psychic treatment of nervous disorders*. New York: Funk & Wagnalls, 1909.
- ELLIS, A.: «Outcome of employing three techniques of psychotherapy». *Journal of Clinical Psychology*, 1957.
- ELLIS, A.: *Reason and emotin in psychotherapy*. New York; Lyle Stuart, 1962.
- ELLIS, A.: *Growth through reason: Verbatim cases in rational-emotive psychotherapy*. Palo Alto: Science & Behavior Books, 1971.
- ELLIS, A.: *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: McGraw-Hill, 1973.
- ELLIS, A. y HARPER, R. A.: *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1975.
- EMERY, G.: «Self-reliance training for depressed patients». In: D. P. Rathjen and J. P. Foreyt (Eds.), *Social Competence: Interventions for children and adults*. New York: Plenum, in press.
- EMERY, G.: «Cognitive vs. behavioral methods in weight reduction with college student». (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania, 1977.) *Dissertation Abstracts International*, 1978.
- EMERY, R. y MARGOLIN, D.: «An applied behavior analysis of delinquency; The irrelevancy of relevant behavior». *American Psychologist*, 1977.
- EYSENCK, H.: «Behavior therapy and the philosophers». *Behavior Research and Therapy*, 1979.
- FARBEROW, N. L.: «Vital process in suicide prevention: Group psychotherapy as a community concern». *Life threatening behavior*, 1972.
- FEIGHNER, J. P.; ROBINS, E.; GUZE, S. B.; WOODRUFF, R. A.; WINOKUR, J. y MUÑOZ, R.: «Diagnostic criteria for use in psychiatric research». *Archives of General Psychiatry*, 1972.
- FLAVELL, J.: «Metacognitive aspects of problem solving». In: C. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1976.

- FLAVELL, J.: «Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry». *American Psychologist*, 1979.
- FOREYT, J. and RATHJEN, D. (Eds.): *Cognitive behavior therapy: Research and applications*. New York: Plenum, 1979.
- FRANK, J.: *Persuasions and feeling: A comparative study of psychotherapy* (Rev. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1974. (Originally published, 1961.)
- FRANKL, V.: *Man's search for meaning*. New York: Washington Press, 1963.
- FRANKS, C. M. & WILSON, G. T. (Eds.): *Annual review of behavior therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1977.
- FREDMAN, A. M.; KAPLAN, H. I. and SADOCK, B. J. (Eds.): *Comprehensive textbook of psychiatry*, II. Baltimore: Williams & Wilkins, 1975.
- FREEMAN, A.: «The use of dreams and imagery in cognitive therapy». In: G. Emery, S. Hollon & R. Bedrosian (Eds.), *New directions in cognitive therapy: A casebook*. New York: Guilford Press, in press.
- FREUD, S.: «The interpretations of dreams». (J. Strachey, Ed. and trans.) In the *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, V. London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1953. (Originally published, 1900.)
- FRIEDLING, C. y O'LEARY, S. G.: «Effects of self-instructional training on second-and third-grade hyperactive children: A failure to replicate». *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1979.
- FRIEDMAN, A. S.: «Interaction of drug therapy with marital therapy in depressive patients». *Archives of General Psychiatry*, 1975.
- FUCHS, C. y REHM, L. P.: «A self-control behavior therapy for depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977.
- GAGNE, R. y BRIGGS, L.: *Principles of instructional design*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1974.
- GIOE, V. J.: «Cognitive modification and positive group experience as a treatment for depression». (Doctoral dissertation, Temple University, 1975.) *Dissertations Abstracts International*, 1975.
- GOLDFRIED, M.: «Systematic desintization as training in self-control». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1971.
- GOLDFRIED, M.: «The use of relaxation and cognitive relabeling as coping skills». In: R. Stuart (Ed.), *Behavioral self-management*. New York: Brunner/Mazel, 1977.
- GOLDFRIED, M.: «Anxiety reduction through cognitive-behavioral intervention». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- GOLDFRIED, M. y DAVISON, G. C.: *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.
- GREEN, R. A. y MURRAY, E. J.: «Expression of feeling and cognitive reinterpretation in the reduction of hostile aggression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975.
- GREESPOON, J. y LAMAL, P.: «Cognitive behavior modification: Who needs it?». *Psychological Record*, 1978.
- GREENWALD, H.: *Direct decision therapy*. Los Angeles: Knapp, 1973.
- GRINKER, R. R. Sr.; WEBLE, B. y DRYE, R. C.: «The borderline syndrome». New York: Basic Books, 1968.

- GUNDERSON, J. G. y SINGER, M. T.: «Defining borderline patients: An overview». *American Journal of Psychiatry*, 1975.
- HENKER, B.; WHALEN, C. y HINSHAW, S.: «The attributional contexts of cognitive intervention strategies». *Exceptional Education*, 1981.
- HEPPNER, P.: «A review of problem-solving literature and its relationship to the counseling process». *Journal of Counseling Psychology*, 1978.
- HIGA, W.: *Self-instructional versus direct training in modifying children's impulsive behavior*. Unpublished doctoral dissertation, University of Hawaii, 1975.
- HODGSON, J. W. y URBAN, H. B.: *A comparison of interpersonal training programs in the treatment of depressive states*. Unpublished manuscript, Pennsylvania State University, 1975.
- HOLLON, S. D. y BECK, A. T.: «Cognitive therapy and suicide». In: E. C. Kendall and S. D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions. Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, in press.
- HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; KOVACS, M. y RUSH, A. J.: *Cognitive therapy vs. pharmacotherapy of depression: outcome and followup*. Paper presented at the annual convention, American Psychological Association, Madison, August, 1977.
- HOLLON, S. D. y BECK, A. T.: «Psychotherapy and drug therapy: Comparison and combinations». In: S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley, 1978.
- HOMME, L.: «Perspectives in psychology: Control of coverants, the operants of mind». *Psychological Record*, 1978.
- HORNEY, Karen: *Neurosis and human growth: the struggle toward self-realization*. New York: Norton & Co., 1950.
- INTAGLIATA, J.: «Increasing the interpersonal problem-solving skills of an alcoholic population». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978.
- JANET, P.: *The major symptoms of hysteria*. London: MacMillan, 1907.
- JANOV, A.: *The primal scream: Primal therapy, the cure for neurosis*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1970.
- JASPERS, K.: (*General psychopathology*) (J. Joening and M. W. Hamilton, trans.). Chicago: University of Chicago Press, 1968. (Originally published, 1963.)
- JENNINGS, L.; CROSLAND, R.; LOVELESS, S.; MURRAY, J. y GEORGE, S.: «Cognitive control of extinction of classically conditioned pupillary response». *Psychological Record*, 1978.
- KAROLY, P.: «Behavioral self-management in children: Concepts, methods, issues and directions». In: M. Hersen, R. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 5). New York: Plenum, 1979.
- KASANIN, J.: «The acute schizoaffective psychoses». *American Journal of Psychiatry*, 1944.
- KAUFFMAN, J. y HALLAHAN, D.: «Learning disability and hyperactivity (with comments on minimal brain dysfunction)». In: B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 2). New York: Plenum, 1979.
- KAZDIN, A.: «Research issues in covert conditioning». *Cognitive Therapy and Research*, 1977.
- KAZDIN, A. y WILSON, G. T.: *Evaluation of behavior therapy: Issues evidence, and research strategies*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1978.

- KEELY, S.; SHEMBERG, K. y CARBONELL, J.: «Operant clinical intervention: Behavior management or beyond? Where are the data? *Behavior Therapy*, 1976.
- KEITH-SPIEGEL, P. y SPIEGEL, D. E.: «Affective states of patients immediately preceding suicide». *Journal of Psychiatric Research*, 1967.
- KELLY, G.: *The psychology of personal constructs* (Vol. 1 and 2). New York: Norton & Co., 1955.
- KENDALL, P.: «On the efficacious use of verbal self-instructional procedures with children». *Cognitive Therapy and Research*, 1977.
- KENDALL, P. y FINCH, A.: «Developing non-impulsive behavior in children: Cognitive-behavioral strategies for self-control». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- KENDALL, P. y WILCOX, L.: *A cognitive-behavioral treatment with impulsivity: Concrete versus conceptual labeling with nonself-controlled problem children*. Unpublished manuscript, University of Minnesota, 1978.
- KEOGH, B. y GOLVER, A.: «The generalizability and durability of interventions effects». *EXCEPTIONAL Education*, 1981.
- KHATAMY, M. y RUSH, A. J.: «A Pilot study of the treatment of outpatients with chronic pain: Symptom control, stimulus control and social system intervention». *Pain*, 1978.
- KIESLAR, D.: «Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm». *Psychological Bulletin*, 1966.
- KLEIN, D. F.: «Endogenomorphic depression». *Archives of General Psychiatry*, 1974.
- KLERMAN, G. L.: «Clinical Research in depression». *Archives of General Psychiatry*, 1971.
- KLERMAN, G. L.; DIMASCIO, A.; WEISSMAN, M.; PRUSOFF, B. y PAYKEL, E.: «Treatment of depression by drugs and psychotherapy». *American Journal Psychiatry*, 1974.
- KLERMAN, G. L. Y PAYKEL, E. S.: «Depressive pattern, social background and hospitalization». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1970.
- KORANYI, E. K.: «Physical health and illness in psychiatric outpatient department populations». *Canadian Psychiatric Association Journal*, 1972.
- KOVACS, M.; BECK, A. T. y WEISSMAN, A.: «The Use of Suicidal Motives in the Psychotherapy of Attempted Suicides». *American Journal of Psychotherapy*, 1975.
- KOVACS, M.; RUSH, A. J.; BECK, A. T. y HOLLON, S. D.: *Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in treatment of depressed outpatients: A 12-month follow-up*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, 1978.
- KUHN, T. S.: *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- LANGE, A. y JAKUBOWSKI, P.: *Responsible assertive behavior: Cognitive-behavioral procedures for trainees*. Campaign, Ill.: Research Press, 1976.
- LAZARUS, R.: *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- LAZARUS, A.: *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill, 1972.
- LAZARUS, A. y FAY, A.: *I can if I want to*. New York: William Morrow and Co., Inc., 1975.
- LAZARUS, R.: *Psychological Stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.

- LEDWIDGE, B.: «Cognitive-behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 1978.
- LEDWIDGE, B.: «Cognitive-behavior modification, or new to change minds: Reply to Mahoney and Kazdin». *Psychological Bulletin*, 1979.
- LEFF, M. J.; ROATCH, J. F. y BUNNEY, W. E.: «Environmental factors preceding the onset severe depressions». *Psychiatry*, 1970.
- LERNER, M. J.: *Deserving versus justice: A contemporary dilemma*. Paper presented at the Symposium on Freedom, Justice, and Social Responsibility of the American Psychological Association, Washington, September, 1969.
- LEWINSOHN, P. M.: «A behavioral approach to depression». In: R. M. Friedman and M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and reseach*. Washington, D.C.: Winston-Wiley, 1974.
- LEWINSOHN, P. M.: «The behavioral study and treatment of depression». In: M. Hersen, R. M. Eisler & P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavior Modification*, Vol. 1. New York: Academic Press, 1975.
- LIPOWSKY, Z. J.: «Psychiatry of somatic diseases: Epidemiology, pathogenesis, classification». *Comprehensive Psychiatry*, 1975.
- LOCKE, E.: «Behavior modification is not cognitive-and other myths: A reply to Ledwidge». *Cognitive Therapy and Research*, 1979.
- LLOYD, J.: «Academic instruction and cognitive techniques: The need for attack strategy training». *Exceptional Education*, 1981.
- LOPEZ-IBOR, J. J.: «Masked depressions». *British Journal of Psychiatry*, 1972.
- LOW, Abraham: *Mental health through will-training*. Boston: Christopher, 1950.
- LURIA, A.: *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. New York: Liveright, 1961.
- LURIA, A.: «Speech and formation of mental processes». In: M. Cole & I. Maltzman (Eds.), *A handbook of contemporary Soviet psychology*. New York: Basic Books, 1969.
- MAAS, J. W.: «Biogenic amines and depression: Biochemical and pharmacological separation of two types of depression». *Archives of General Psychiatry*, 1975.
- MACPHILLAMY, D. J. y LEWINSOHN, P. M.: *Pleasants events schedule*. Unpublished manuscript, University of Oregon, 1971.
- MAHONEY, M.: *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- MAHONEY, M.: «Psychotherapy and the structure of personal revolutions». In: M. Mahoney (Ed.), *Cognition and clinical science*. New York: Plenum, 1979.
- MAHONEY, M. y ARNKOFF, D.: «Cognitive and self-control therapies». In: S. Gardfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New Yprk: Wiley, 1978.
- MAHONEY, M. J.: «Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy». *American Psychologist*, 1977.
- MAHONEY, M. J. y MAHONEY, K.: *Permanent weight control - A total solution to the dieter's dilemma*. New York: Norton & Co., 1976.

- MAHONEY, M. J. y KAZDIN, A.: «Cognitive behavior modification: Misconceptions and premature evaluation». *Psychological Bulletin*, 1979.
- MALTZMAN, I.: «Orienting in classical conditioning and generalization of the galvanic skin response towards: An overview». *Journal of Experimental Psychology: General*, 1977.
- MARKMAN, E.: «Realizing the you don't understand: A preliminary investigation». *Child Development*, 1977.
- MARLATT, G. A. y GORDON, J.: «Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change». In: P. Davidson (Ed.), *Behavioral medicine: Changing health life styles*. New York: Brunner/Mazel, 1980.
- MASH, E. J. y DALBY, J.: «Behavioral interventions for hyperactivity». In: R. Trites (Ed.), *Hyperactivity in children: Etiology, measurements and treatment implications*. Baltimore: University Park Press, 1978.
- MAULTSBY, M. C.: *Handbook of rational self-counseling*. Madison, Wisconsin: Association for Rational Thinking, 1971.
- MAULTSBY, M. C.: «Systematic written homework in psychotherapy». *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 1971.
- MAULTSBY, M. C.: *Help yourself to happiness through rational self-counseling*. Boston: Esplanade Books, 1975.
- MCFALL, R. M. y TWENTYMAN, C. T.: «Four experiments on the relative contributions of rehearsal, modeling, and coaching to assertion training». *Journal of Abnormal Psychology*, 1973.
- MCLEAN, P. D. y HAKSTIAN, A. R.: *Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto, June 1978.
- MCMULLIN, C. y CASEY, B.: *Talk sense to yourself*. Lakewood, Colorado: Jefferson County Mental Health Center, Inc., 1975.
- MEICHENBAUM, D.: «Toward a cognitive theory of self control». In: G. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research*. New York: Plenum, 1976.
- MWICHENBAUM, D.: *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum, 1977.
- MEICHENBAUM, D.: *Cognitive-behavior modification newsletter*. Unpublished manuscripts, University of Waterloo, 1075-1979.
- MEICHENBAUM, D.: «Cognitive-behavior modification: The need for a fairer assessment». *Cognitive Therapy and Research*, 1979.
- MEICHENBAUM, D. y ASARNOW, J.: «Cognitive-behavior modification and metacognitive development: Implications for the classroom». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- MEICHENBAUM, D.; BURLAND, S.; GRUSON, L. Y CAMERON, R.: «Metecognitive assessment». In: S. Yussen (Ed.), *Growth of insight*. New York: Academic Press, in press.
- MEICHENBAUM, D. y BUTLER, L.: «Toward a conceptual model for the treatment of test anxiety: Implications for research and treatment». In: I. G. Sarason (Ed.), *Test anxiety: Theory, research, and applications*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1980.
- MEICHENBAUM, D. y BUTLER, L.: «Cognitive ethology: Assessing the streams of cognition and emotion». In: K. Blankstein, p. Pliner & J. Polivy (Eds.), *Advances in the study of communica-*

tion and affect: Assessment and modification of emotional behavior (Vol. 6). New York: Plenum, 1981.

- MEICHENBAUM, D.; BUTLER, L. y GRUSON, L.: «Toward a conceptual model of sound competente». In: J. D. Wine & M. D. Smye (Eds.), *Social competence*. New York: Guilford, 1981.
- MEICHENBAUM, D. Y GILMORE, J. B.: «Resistance: From a cognitive-behavioral perspective». In: P. Wachtel (Ed.), *Resistance: A behavioral and psychodynamic analisis*. New York: Plenum, in press.
- MENDELS, J.: «Biological aspects of affective illness». In: S. Ariety and E. B. Brady (Eds.), *American handbook of psychiatry*. New York: Basic Books, 1974.
- MENDELS, J. y COCHRANE, C.: «The nosology of depression: The endogenous reactive concept». *American Journal of Psychiatry* (Supplement), 1968.
- MILLER, G.; GALANTER, E. y PRIBRAM, K.: *Plans and structure of behavior*. New York: Holt, Rinehalt & Winston, 1960.
- MILLER, P. y BIGI, L.: «The development of children's understanding of attention». *Merrill-Palmer Quarterly*, 1979.
- MISCHEL, W.; MISCHEL, h. y HOOD, S.: *The development of knowledge of effective collection to delay gratification*. Unpublished manuscript, Stanford University, 1978.
- MORRIS, N. E.: «A group self-instruction method for the treatment of depressed outpatients». (Doctoral dissertation, University of Toronto, 1975.) National Library of Canada, Canadian Theses Division, No. 35272.
- MORRIS, J. B. y BECK, A. T.: «The efficacy of antidepressant drugs: A review of research (1958 to 1972)». *Archives of General Psychiatry*, 1974.
- NEISSER, U.: *Cognitive psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1967.
- NOVACO, R.: *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, Mass.: Heath & Co., 1975.
- NOVACO, R.: «The cognitive regulation of anger and stress». In: P. Kendall & S. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press, 1979.
- «OBSERVER»: «The recycling of cognition in psychology». *Psychological Record*, 1978.
- PADFIELD, M.: «The comparative effects of two counseling approaches on the intensity of depression among rural of low socioeconomic status». *Journal of Counseling Psychology*, 1976.
- PAYKEL, E. S.; KLERMAN, G. L. y PRUSOFF, B. A.: «Treatment setting and clinical depression». *Archives of General Psychiatry*, 1970.
- PIAGET, J.: (*Psychology of Intelligence*) (M. Piercy & D. E. Berline, trans.). New York: Harcourt, Brace & Co., 1950. (Originally published, 1947.)
- PIAGET, J.: (*The moral judgment of the child*) (M. Gabain, trans.). Glencoe, Ill.: Free Press, 1960. (Originally published, 1932.)
- PRIEN, R. F.; CAFFEY, E. M., Jr. y KLETT, C. J.: «Factors associated with treatment succes in lithium carbonate prophylaxis». *Archives of General Psychiatry*, 1970.
- RAIMY, V.: *Misunderstanding of the self*. San Francisco: Jossey Bass, 1975.

- REHM, L. P.; FUCHS, C. Z.; ROTH, D. M.; Kornblith, S. J. y ROMANO, J. M.: *A comparison of self-control and social skills treatments of depression*. Unpublished manuscript, Cornell UNiversity, 1978.
- ROBIN, A.; ARMEL, S. y O'LEARY, D.: «The effects of self-instructions on writing deficiency». *Behavior Therapy*, 1975.
- ROBINS, E. Y GUZE, S.: «Classification of affective disorders: The primary-secondary, the endogenous, and the neurotic-psychotic concepts». In: *Recent advances in the psychobiology of depressive illness*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare Publication No. 70-9053, 1972.
- ROBINSON, F. P.: *Principles and procedures in student counseling*. New York: Harper & Brothers, 1950.
- ROGERS, C.: *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin Co., 1951.
- ROOK, K. y HAMMEN, C. A.: «A cognitive perspective on the experience of sexual arousal». *Journal of Social Issues*, 1977.
- ROSENTHAL, T.: «Applying a cognitive behavioral view to clinical and social problems». In: G. Whitehurs & B. Zimmerman (Eds.), *The functions of language and cognition*. New York: Academic Press, 1980.
- ROTTER, J.: *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1954.
- RUSH, A. J.; BECK, A. T.; KOVACS, M. y HOLLON, S.: «Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients». *Cognitive Therapy and Research*, 1977.
- RUSH, A. J.; BECK, A. T.; KOVACS, M.; KHATAMI, M.; FITZGIBBONS, R. Y WOLMAN, T.: *Comparison of cognitive and pharmacotherapy in depressed outpatients: A preliminary report*. Presented at meeting of the Society for Psychotherapy Research, Boston, Mass., 1975.
- RUSH, A. J.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T. y KOVACS, M.: «Depression: Must pharmacotherapy fail for cognitive therapy to succeed? *Cognitive Therapy & Research*, 1978.
- RUSH, A. J.; KHATAMI, M. y BECK, A. T.: «Cognitive and behavioral therapy in chronic depression». *Behavior Therapy*, 1975.
- RUSH, A. J.; SHAW, B. y KHATAMI, M.: «Cognitive therapy of depression: Utilizing the couples system». *Cognitive Therapy and Research*, in press.
- RUSH, A. J. y WATKINS, J. T.: *Specialized cognitive therapy strategies for psychologically naive depressed outpatients*. Paper presented at meeting of the American Psychological Association, San Francisco, August 1977.
- RUSH, A. J. y WATKINS, J. T.: *Group versus individual cognitive therapy: A pilot study*. Unpublished manuscript, Southwestern Medical School (Dallas), 1978.
- RYAN, E.: «Identifying and remediating failures in reading comprehension: Toward an instructional approach for poor comprehenders». In: T. Waller & J. MacKinnon (Eds.), *Advances in reading research* (Vol. 2). New York: Academic Press, 1981.
- RYCHTARIK, R. y WOLLERSHEIM, J.: «The role off cognitive mediators in alcohol addiction with some implications for treatment». *JSAS Catalog of Selected Document in Psychology*, 1978. (Ms. No. 1763.)
- SACKETT, D. L. Y HAYNES, R. D.: *Workshop symposium on compliance with therapeutic regimens*, Mcmasters University, 1974. Baltimore: John Hopkins University Press, 1976.

- SAUL, L. J.: *Emotional maturity*. Philadelphia: Lippincott, 1947.
- SCHMICKLEY, V. G.: *The effects of cognitive-behavior modifications upon depressed outpatients*. (Doctoral dissertation, Michigan State University, 1976.)
- SCHOU, M.: «Special review: Lithium in psychiatric therapy and prophylaxis». *Journal of Psychiatric Research*, 1968.
- SCHREIBER, N. T.: «Depressive cognitions (letter to the editor)». *American Journal of Psychiatry*, 1978.
- SCHUYLER, D. y KATZ, M. M.: *The depressive illnesses: A major public health problem*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1973.
- SCHWAB, J. J.; BIALOW, M.; BROWN, J. M. y HOLZER, C. E.: «Diagnosing depression in medical inpatients». *Annals of Internal Medicine*, 1967.
- SECUNDA, S. K.; KATZ, M. M.; FRIEDMAN, R. J. y SCHUYLER, D.: *Special report: 1973 - The depressive disorders*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1973.
- SELIGMAN, M. E. P.: *Helplessness*. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.
- SHAPIRO, A. K. y MORRIS, L. A.: «Placebo effects in medical and Psychological therapies». In: S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. (2nd ed.). New York: Wiley, 1978.
- SHAW, B. F.: *A systematic investigation of three treatments of depression*. (Doctoral dissertation, University of Western Ontario, Canada, 1975.)
- SHAW, B. F.: «Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977.
- SHAW, B. F. y HOLLON, S. D.: *Cognitive therapy in a group format with depressed outpatients*. Unpublished manuscript, University of Western Ontario (London), 1978.
- SHELTON, J. L. y ACKERMAN, M. J.: *Homework in counseling and psychotherapy*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1974.
- SHIPLEY, C. R. & FAZIO, A. F.: «Pilot study of a treatment for psychological depression». *Journal of Abnormal Psychology*, 1973.
- SKINNER, B. F.: *Science and human behavior*. New York: MacMillan, 1953.
- SPITZER, R. L.; ENDICOTT, J. y ROBINS, E.: «Research diagnostic criteria: Rationale and reliability». *Archives of General Psychiatry*, 1978.
- STRAUS, E. W.: *Phenomenological Psychology: Selected Papers*. New York: Basic Books, 1966.
- SULLIVAN, H. S.: *Interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton & Co., 1953.
- TAYLOR, F. G.: *Cognitive and behavioral approaches to the modification of depression*. (Doctoral dissertation, Queen's University, Kingston, Ont., 1974.)
- TAYLOR, F. G. y MARSHALL, W. L.: «Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression». *Cognitive Therapy and Research*, 1977.
- WEIMWE, W. B. & PALERMO, D. S. (Eds.): *Cognition and the symbolic processes*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum, 1974.

- WOLFE, J. y FODOR, I.: «Acognitive-behavioral approach to modifying assertive behavior in women». *The Counseling Psychologist*, 1975.
- YALOM, I. D.: *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1970.
- YESSLER, P. G., GIBBS, J. J. y BECKER, H. A.: «Communication of suicidal ideas». *Archives of General Psychiatry*, 1961.

BIBLIOGRAFIA (de la revisión de estudios)

1. CRAIGHEAD, W. E. y HICKEY, K. S.: «Distortion of perception and recall of neutral feedback in depression». *Cognitive Therapy Research*, 1979, 3, 291-298.
2. DUNN, R. J.: «Cognitive modification with depression-prone psychiatric patients». *Cognitive Therapy Research*, 1979, 3, 307-317.
3. FUCHS, C. Z. y HIMMELHOCH, J. M.: «Pseudomani-depressive illness and cognitive-behavior therapy». *Journal Nervous and Mental Disease*, 1980, 168, 382-384.
4. GARDNER, P. y OEI, T. P. S.: «Depression and self-esteem». *Journal of clinic Psychology*, 1981, 37, 128-135.
5. GROSSBERG, J. M.: «Comments about cognitive therapy and behavior therapy». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1981, 12, 25-33.
6. KOVACS, M.: «Treating depressive disorders». *Behavior Modification*, 1979, 3, 496-517.
7. — — — «The efficacy of cognitive and behavior therapy for depression». *American Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 1495-1501.
8. LAPOINTE, K. A. y RIMM, D. C.: «Cognitive, assertive, and insight oriented group therapies in the treatment of reactive depression in womwn». *Psychotherapy*, 1980, 17, 312-321.
9. RUSH, A. J. et al.: «Cognitive and behavior therapy in chronic depression». *Behavior therapy*, 1975, 6, 398-404.
10. RUSH, A. J. Y BECK, A. T.: «Cognitive therapy of depression and suicide». *American Journal of Psychotherapy*, 1978, 32, 201-219.
11. ROZENSKY, R. H. et al.: «Depression and self reinforcement behavior in hospitalized patients». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1977, 8, 35-38.
12. SHAW, B. F.: «Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression». *Journal Consulting and clinical Psychology*, 1977, 45, 543-551.
13. SHAFFER, C. S. et al.: «Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention». *Cognitive Therapy and Research*, 1981, 5, 149-157.
14. TAYLOR, F. G. y MARSHALL, W. L.: «Experimental analysis of a cognitive behavioral therapy for depression». *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, 59-72.
15. WHITEHEAD, A.: «Psychological treatment of depression». *Behavioral Research and Therapy*, 1979, 17, 495-509.
16. WILMOTTE, J y FONTAINE, O.: «Analyse fonctionnelle des otats depressifs». *Enccephale*, 1980, 6, 199-208.