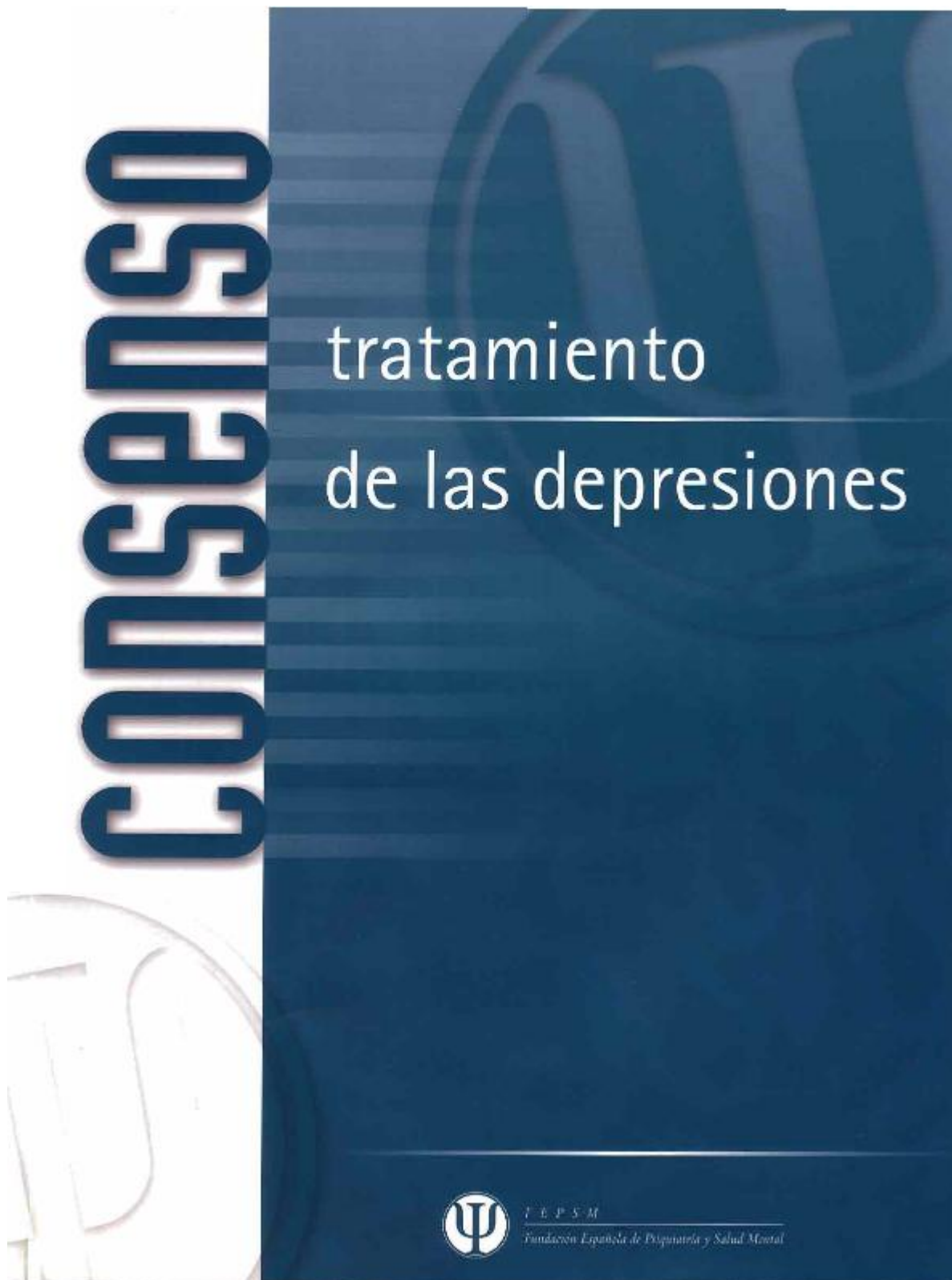


BORRADOR DEL TRABAJO PUBLICADO COMO:
Fernández Liria A. 10: Tratamientos Psicológicos. En Vallejo Ruiloba (Coord) Consenso
Español sobre el Tratamiento de las Depresiones. Barcelona: Ars Médica, 2005
ISBN: 84-9751-134-4



Sugerencias: Sugerencias: - Incluir unas pautas de actuación y valoración crítica de las distintas psicoterapias.

- Efectos profilácticos de la terapia cognitiva.
- Indicaciones y contraindicaciones de la psicoterapia.

PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES

COORDINADOR: Julio Vallejo

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental de Área 3 de Madrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá.

INTRODUCCIÓN

La depresión es probablemente el trastorno sobre el que se han acumulado más investigación sobre eficacia de la(s) psicoterapia(s). Casi todos los grandes problemas que ha planteado tanto la investigación sobre trastornos efectivos como sobre y tratamientos psicológicos han sido puestos a prueba en este campo. A continuación se resume esquemáticamente o que de esto parece relevante para el objeto de este texto

TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS

La investigación sobre la eficacia de la psicoterapia ha comenzado tardíamente, ha tenido que afrontar dificultades específicas y ha dado lugar a algunas paradojas a las que nos referiremos brevemente más tarde. En 1952, en un trabajo que conmocionó este campo, Eysenck **(1)** puso de manifiesto que, más de medio siglo después del nacimiento “oficial” de la psicoterapia, cuando ya los oficiantes de esta práctica se habían escindido en escuelas irreconciliables cada una de las cuales disponía de sus propias organizaciones y medios de disseminación y publicación, no

disponíamos de pruebas de que la psicoterapia fuera eficaz. Desde entonces se ha desarrollado una buena cantidad de trabajos que han demostrado, directamente y a través de metaanálisis, que diversas formas de psicoterapia son más eficaces que la ausencia de tratamiento, más eficaces que el placebo y tan eficaces como los tratamientos farmacológicos para el abordaje de los trastornos depresivos **(2)**. Las pruebas de que el tratamiento combinado, con fármacos y psicoterapia es más eficaz que la monoterapia con cualquiera de las dos alternativas, son más consistentes a medida que los ensayos para poner a prueba la hipótesis se han realizado con muestras mayores e intervenciones mejor definidas **(3)**.

La investigación de eficacia se hizo posible partir de lo que Lester Luborsky califico de “pequeña revolución” **(4)**, que supuso la manualización de los procedimientos de intervención. Los manuales, desarrollados en primer lugar por los modificadores de conducta, luego por los primeros terapeutas cognitivo-conductuales y más tarde por psicoterapeutas de todas las orientaciones, permitieron facilitar la formación y asegurarse que la intervención que realizaban los diferentes terapeutas participantes en un estudio se ajustaba a un mismo patrón. Estas terapias mejor definidas pudieron aplicarse a trastornos que también a partir de la generalización del uso del DSM III estaban mejor definidos y pudieron ser *validadas* empíricamente con la misma metodología de ensayo clínico utilizada para poner a prueba la eficacia de los psicofármacos. De ese tipo de trabajos han surgido los listados de *tratamientos psicológicos empíricamente validados*, que se han visto consagrados por los grupos creados al efecto a uno y otro lado del Atlántico **(5-8)**. A continuación hablaremos de las propuestas y los resultados obtenidos por ese tipo de trabajo en las psicoterapias de las tres orientaciones que más frecuentemente lo han utilizado.

Propuestas conductistas

La depresión no ha sido uno de los campos de trabajo preferidos por los terapeutas conductistas. Aún así, existen una buena cantidad de propuestas de tratamiento de los trastornos depresivos con modificación de conducta que han sido sometidos a validación empírica con ensayo clínico. Los más notables se basan en los modelos del *entrenamiento en habilidades sociales* **(9)**, la *resolución de problemas* **(10)**, el del *autocontrol* **(11)** y el del incremento de las *recompensas* **(12)**.

Los dos primeros se basan en la idea de que los síntomas depresivos pueden mejorarse con un entrenamiento efectivo en esas respectivas esferas. El modelo de *autocontrol* inicialmente propuesto por Fuchs y Rehm **(11)** consiste en un programa de seis semanas de entrenamiento grupal en autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo. El modelo propuesto por Lewinson **(12)** consiste en propiciar un aumento gradual y sistemático de actividades que son concebidas como gratificantes por el paciente, pero no son iniciadas en el período de depresión.

Los abordajes conductistas se han planteado siempre de forma multimodal, de modo que se aplican técnicas diferentes para abordar distintos aspectos en un mismo paciente. En nuestros días el uso de técnicas de modificación de conducta en pacientes depresivos es muy común, aunque lo más frecuente es que se empleen como instrumento en el marco de la terapia cognitivo conductual o, incluso en la terapia interpersonal.

Terapia cognitivo-conductual de la depresión

Las intervenciones fundadas en hipótesis cognitivas han penetrado la práctica clínica y las páginas de las revistas especializadas en un momento en el que, precisamente, la contrarrevolución biologicista amenazaba con barrer cualquier enfoque psicológico de una y otras. Entre otras características notables esta expansión ha tenido la virtud de realizarse transgrediendo los límites entre la tradición académica dominada por los psicólogos y la práctica clínica, controlada por los psiquiatras y ha contribuido poderosamente a enriquecer una y otra óptica.

El punto de partida de este enfoque es que, en palabras del propio Beck, *"los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que este tiene de estructurar su mundo. Sus "cogniciones" (fenómenos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores"* (Beck, Rush, Shaw y Emery 1983). Según este modo de ver las cosas, la patología tendría que ver con formas distorsionadas de interpretar la realidad, debidas a cogniciones o supuestos erróneos o a la utilización de procesamientos aberrantes **(13)**.

El manual de 1983 **(13)** se ocupa específicamente de la depresión y ofrece un modelo para este trastorno (figura 1) en términos de:

(1) Pensamientos automáticos (triada depresiva: pensamientos negativos acerca de sí mismo de su experiencia del mundo y del futuro)

Ya no valgo para nada, sólo soy un estorbo para mi familia (...) No encuentro que haya nada por lo que valga la pena seguir viviendo (...) Lo he fastidiado todo y ya no tiene remedio (...)

(2) Esquemas cognitivos (supuestos depresógenos: patrones cognitivos que se activan por determinado tipo de experiencias)

Si no me sale todo bien es que soy una auténtica mierda (...) Si cometo algún fallo dejaré de quererme

(3) Errores en el procesamiento de la información (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maxi o minimización, personalización, pensamiento dicotómico).

He suspendido el examen de conducir, está claro que no sirvo para nada (...) Hemos fracasado debido exclusivamente a que yo no estuve suficientemente atento...

El modelo de terapia propuesto desde este planteamiento se define como un procedimiento activo directivo, estructurado y de tiempo limitado, en el que terapeuta y paciente trabajan juntos, según un modelo de *empirismo colaborador*, en el diseño de “experimentos” a través de los cuales se *ponen a prueba* las ideas del paciente sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro. Para ello, el terapeuta aplica dos tipos de técnicas: *técnicas conductuales* (programación de actividades, registros de dominio y agrado, asignación de tareas graduales, práctica cognitiva (ejecución imaginaria), entrenamiento en asertividad y role-playing) y *técnicas cognitivas* (explicación de la teoría, detección de pensamientos automáticos, examinar y someter a prueba los pensamientos automáticos, técnicas de reatribución, búsqueda de soluciones alternativas o empleo del contador de pulsera). El estilo del terapeuta se basa en el uso de la *pregunta*.

Terapia Interpersonal de la Depresión

Esta propuesta de tratamiento de la depresión no parte de una concepción general de los trastornos mentales sino, por un lado, de la constatación por la psiquiatría social de la influencia sobre el inicio y curso de estos trastornos de una serie de factores interpersonales y, por otro, de la experiencia clínica. Por ello puede ser

utilizada desde diversas perspectivas teóricas aunque su orientación básica fue inicialmente deudora de la escuela de psiquiatría interpersonal americana que parte de Meyer y Sullivan. En el manual de 1984 los autores **(14, 15)** presentan su propuesta como "*...un enfoque pluralista y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental...*". Aclaran específicamente que "*aunque muchos de sus principios derivan de la óptica general de la psiquiatría interpersonal, la terapia interpersonal (TIP) de la depresión es un tratamiento psicológico diseñado específicamente para las necesidades de los pacientes deprimidos...*"

Según este manual, la depresión es un trastorno que puede entenderse (o cuyo curso puede modificarse) atendiendo a la capacidad de los pacientes de resolver problemas interpersonales que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: 1) duelo, 2) disputas interpersonales, 3) transiciones de rol o 4) déficits interpersonales.

Los autores no proponen una teoría estructurada de curación aunque se trasluce que la aplicación de las estrategias y técnicas de la TIP supone una actuación sobre las relaciones interpersonales y las emociones actuales del paciente para permitirle afrontarlas de un modo más satisfactorio.

En cuanto al papel del terapeuta, en palabras de Klerman "...el terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral...". La relación terapéutica no se concibe, como en el las terapias de inspiración psicoanalítica, como lugar de la transferencia sino que se define en unos términos más tradicionales de relación médico/enfermo en el que el médico juega un papel activo.

El terapeuta aplica las estrategias y técnicas descritas en el manual de terapia interpersonal de la depresión **(14, 15)**. De acuerdo con estas estrategias durante las **fases iniciales** colabora con el paciente para abordar específicamente la depresión, relacionar el cuadro con el contexto interpersonal en que se produce, identificar las *áreas problema* en las que se va a trabajar durante las fases intermedias y explicar los conceptos básicos de la terapia y hacer el contrato. Durante las **fases intermedias** trabaja sobre una o dos de las áreas problema seleccionadas en función de lo evaluado. Las áreas posibles son *duelo, disputas interpersonales, transiciones de rol y déficits interpersonales*. Se relaciona el área escogida con la sintomatología del paciente y se aplican las técnicas con la guía establecida en el manual. Durante la **fase de terminación** se procura una discusión explícita del final del tratamiento y el

reconocimiento de esta terminación como un momento de posible duelo y se promueven movimientos hacia el reconocimiento explícito por parte del paciente de su capacidad de independencia. Los autores enfatizan el hecho de que esta terapia se caracteriza por sus estrategias no por sus técnicas así como que, para llevarla a cabo es preciso manejar las técnicas más específicas y técnicas generales de entrevista y manejo clínico. Dividen las técnicas utilizadas en exploratorias, propiciación de afectos clarificación, análisis comunicacional, uso de la relación terapéutica, modificación de conducta y técnicas auxiliares.

Se trata de una terapia breve (en torno a 20 sesiones) focalizada (en una o dos áreas problema), centrada en relaciones actuales (y no pasadas), planteada en el terreno de lo interpersonal (y no de lo intrapsíquico ni de lo cognitivo o conductual) y en el que se reconoce un papel a la personalidad (como condicionante del pronóstico, conformadora de formas específicas de relación terapéutica o causa de problemas interpersonales recurrentes) pero no considera que su objetivo sea modificarla. En España se ha desarrollado un grupo que ha trabajado en la aplicación de esta forma de trabajo en el sector público **(16)**

Las terapias manualizadas de la depresión y el estudio en colaboración del Instituto Nacional de Salud Mental americano

El Proyecto Coordinado de Investigación sobre el Tratamiento de la Depresión **(17)** auspiciado por el Instituto Nacional de la Salud norteamericano representa el intento más ambicioso llevado a cabo hasta la fecha para evaluar comparativamente diferentes alternativas terapéuticas en depresión. Sus resultados no son fáciles de interpretar y su publicación, además, ha tenido una historia complicada debido a desavenencias entre los distintos colaboradores que se han complicado aún más con el cambio de apellido (por cambio de estado civil) de la investigadora principal Irene Elkin (antes Waskow), En este estudio - que tendrá, sobre todo, repercusiones en la metodología de investigación - se compararon cuatro condiciones de atención a pacientes deprimidos (excluidos bipolares y psicóticos): Terapia Cognitivo conductual de la Depresión (TCD) **(13)**, Terapia interpersonal de la depresión (TIP) **(14, 15)**, Imipramina más Manejo Clínico (IMI-MC) (especificado en un manual elaborado al efecto) y Placebo más Manejo Clínico (PLA-MC). Entre sus conclusiones (de análisis complejo) destacamos para lo que aquí nos concierne las siguientes. 1) Las cuatro

condiciones estudiadas produjeron diferencias significativas en las medidas de síntomas pre y post-tratamiento. La condición PLA-MC obtuvo una tasa de respuesta inesperadamente alta - posiblemente atribuible al componente de terapia de apoyo incluido en el manual de Manejo Clínico, lo que en realidad podría también convertir la opción IMI-CM en una suerte de *tratamiento combinado*, mas que en un tratamiento farmacológico puro. 2) Todas las formas de tratamiento activo resultaron más eficaces que el placebo (efectos que son más evidentes para TIP y IMI-MC - no así para TCD - si se utilizan criterios de *recuperación* en lugar de respuesta). 3) No se pudieron demostrar diferencias significativas entre las tres formas de tratamiento activo empleadas al final del tratamiento - ni siquiera en las medidas en las que cabía esperar una mayor especificidad debida a las hipótesis de base o a las estrategias empleadas en cada forma de tratamiento (excepto mejores resultados para TIP en funcionamiento social y para TCD y IMI-MC para disfunción cognitiva en los pacientes con alteración menos grave de estos parámetros). 4) La modalidad IMI-MC resultó de acción más rápida que el resto. 5) La tasa de retención fue mayor para TIP. 6) Las depresiones mas graves tendían a responder mejor a IMI-MC y, en segundo lugar, a TIP.

Resulta particularmente inquietante el hecho de que, aunque la tasa de *respuesta* es mucho mayor, al final del tratamiento, sólo algo más de la mitad de los pacientes (51% para TCD, 55% para TIP y 57% para IMI-MC frente a 29% para PLA-MC) hubo alcanzado criterios de *remisión*. Más adelante nos referiremos a este hecho como un motivo de insatisfacción que nos debe animar a continuar la investigación y como un argumento a favor del tratamiento combinado.

FACTORES COMUNES E INTEGRACIÓN DE PSICOTERAPIAS

Los resultados del estudio en colaboración del Instituto Nacional del Salud Mental americano redundan en lo que Lester Luborsky (18) llamó el enigma (o paradoja) del Pájaro Dodo, un personaje de Alicia en el País de las Maravillas que después de interrumpir un juego sin reglas que él mismo había propuesto proclama – a una pregunta de Alicia – que “todos han ganado y, por tanto hay que dar a cada uno su premio” (Que, por supuesto tiene que pagar Alicia) para referirse al hecho incontrovertible de que si bien a sido posible demostrar la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en general frente a la ausencia de tratamiento, el

placebo y el tratamiento farmacológico, no se ha podido demostrar consistentemente la superioridad de las terapias de ninguna orientación frente a las de otras.

Frente a este *enigma* se ha desarrollado todo el movimiento integrador que ha aportado dos novedades importantes en el campo del tratamiento de la depresión. La primera - y más importante - es la idea de que, más que comparar la eficacia de terapias muy estructuradas, que acaban demostrando la misma eficacia, tiene sentido estudiar cuáles son los factores (en muy buena medida comunes a todas esas terapias) que pueden dar cuenta de los resultados. La división 29 de la Asociación Americana de Psicólogos ha presentado recientemente una recopilación de los hallazgos obtenidos en este sentido y un programa de investigación que tendrá enorme influencia en los trabajos a desarrollar en los próximos años **(19)** Esta forma de entender las cosas ha resituado en el campo de la investigación los trabajos de los psicoterapeutas psicodinámicos y humanistas, que se sentían particularmente incómodos teniendo que guiar su trabajo por las categorías diagnósticas del DSM, lo que les dificultaba la aplicación del modelo del ensayo clínico.

También desde una perspectiva integradora se han propuesto programas de tratamiento que incluyen aportaciones provenientes de distintas escuelas como la ofrecida por el manual de la llamada *terapia biológicamente informada de la depresión*, que integra *educación, comprensión psicodinámica, entrenamiento en habilidades de afrontamiento trabajo con otros significativos y atención a la relación terapéutica*, y que ha ganado una importante consideración en los Estados Unidos de América **(20)**

COMBINACIÓN DE PSICOFÁRMACOS Y PSICOTERAPIAS

Beck y su grupo comienzan su manual **(13)** respondiendo a la pregunta de por qué proponer un tratamiento psicosocial para un trastorno para el que existen tratamientos - farmacológicos - de utilidad probada. Exponen tres razones: en primer lugar, según aseveran, aunque un 65% de los cuadros depresivos responden a la medicación antidepresiva queda un 35% de no respondientes (el porcentaje de respuesta a psicoterapia es semejante. Pero no hay porqué pensar que el grupo de no respondientes está en ambos casos compuesto por los mismos individuos). Tendría, pues sentido buscar una solución para el 35% restante. En segundo lugar hay quien no quiere tomar fármacos (o no los tolera). Por último el proceso psicoterapéutico

constituye una experiencia de la que el sujeto puede sacar otros beneficios que pueden redundar en su capacidad de afrontar nuevas situaciones o síntomas prodrómicos en un futuro, evitando recidivas.

El primero de estos argumentos ha sido reformulado reaquilatado según datos más recientes, y aplicado en un editorial del *Current Opinion in Psychiatry* firmado por John Rush **(21)**. En él señala que aunque las tasas de *respuesta* obtenidas en el tratamiento de los trastornos afectivos están en torno al 50%, las tasas de *remisión* (en los escasos estudios que proporcionan datos para poder evaluar este concepto) se sitúan en torno al 25%. Rush no se refiere a tasas de *recuperación* que incluyan medidas de recuperación de niveles previos de funcionamiento psicosocial o calidad de vida, que la experiencia clínica nos sugiere que deben ser aún peores.

Esta masa de pacientes no respondientes o respondientes pero no recuperados señala la ineludibilidad de los tratamientos combinados. Tanto el grupo de Beck **(13)** como el de Klerman y Weissman **(14, 15)** propugnan los tratamientos combinados con fármacos antidepresivos que indican exactamente en las condiciones en que está establecido que cabe esperar mejor respuesta de los antidepresivos. En una perspectiva más psicoanalítica, Luborsky **(22)** hace lo propio y da indicaciones para la combinación y el manejo de los problemas que de esta pudieran surgir.

La evidencia a favor de la superioridad de los tratamientos combinados, como señalaron en un trabajo completísimo Klerman y colaboradores **(23)**, es metodológicamente difícil de obtener y requiere de grandes muestras para comparar cuatro o preferiblemente seis grupos de pacientes. Por ello aunque desde el inicio de la investigación de resultados en psicoterapia existen trabajos que apuntan tal superioridad **(13, 24-28)** han sido discutidos **(29)** y están por dilucidar los mecanismos (adición, sinergia, facilitación) y condiciones en que se produce. Las pruebas de esta superioridad de la combinación sobre cualquiera de las dos alternativas (tratamiento farmacológico o psicoterapia) se hn hecho más patentes cuando las muestras estudiadas han sido lo suficientemente amplias como para tener el poder necesario para demostrarla **(3)**. Pero, salvo hallazgos revolucionarios, la combinación parece la perspectiva más prometedora para los próximos años.

CONCLUSIONES SOBRE EL USO DE LA PSICOTERAPIA EN TRASTORNOS DEPRESIVOS

La psicoterapia puede considerarse hoy un instrumento de tratamiento de los trastornos depresivos de eficacia similar a los psicofármacos. El trastorno depresivo mayor – el mejor estudiado – respondería a tratamientos psicoterapéuticos de entorno a quince sesiones de cincuenta minutos y tratamientos más prolongados con sesiones más distanciadas para distimia y trastorno depresivo recurrente. Y se obtienen respuestas sin que se produzcan los cambios en la estructura de la personalidad que buscaban las terapias llamadas “profundas” de los dos primeros tercios del siglo XX. Aunque se ha señalado reiteradamente la posibilidad de que el tratamiento psicoterapéutico ofrezca sobre el farmacológico la ventaja de producir modificaciones que pueden ayudar a prevenir recaídas, este extremo no ha sido demostrado de modo inequívoco y hay resultados contradictorios al respecto, tanto con terapia cognitivo conductual como interpersonal.

No ha podido demostrarse consistentemente la eficacia superior de las terapias de una orientación sobre las de otra en el tratamiento de la depresión, y en el campo de la psicoterapia en general, tampoco que la eficacia de los tratamientos empíricamente validados no pueda ser atribuible – al menos en gran parte - a los factores comunes a todas las psicoterapias. En cuanto a la efectividad en contextos clínicos reales, la práctica psicoterapéutica habitual en la mayor parte de los entornos clínicos de los países desarrollados no se ajusta estrictamente (ni probablemente se puede ajustar) a los manuales diseñados con propósitos de investigación y para ser aplicados a casos sometidos a una selección tan estricta para garantizar su carácter prototípico que los aleja de la población clínica corriente (lo que desde luego ocurre con la investigación clínica no sólo en psicoterapia). Aunque se han hecho intentos de establecer indicaciones específicas de terapias de distintas orientaciones en función de características del cuadro depresivo (Karasu, 1990a y b) tales pretensiones carecen de base empírica y se contradicen con algunos hallazgos de la investigación.

En todos los ensayos en los que se ha comparado el efecto del tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico, el primero ha sido de acción más rápida. La combinación de psicofármacos y psicoterapia ha resultado - más consistentemente cuanto más rigurosamente han sido diseñados los estudios y mayores muestras han incluido - más eficaz que cualquiera de las dos alternativas por separado.

PAUTA DE ACTUACIÓN

La combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico sería a la vista de los datos, la opción que ofertaría mejores resultados. En consideración al coste de esta alternativa, el tratamiento farmacológico sólo podría ser la primera elección al menos en los casos en las que las características del cuadro hacen esperable una buena respuesta. La psicoterapia como tratamiento único constituiría la primera elección en los casos en los que el tratamiento farmacológico esté contraindicado (como durante el embarazo y la lactancia) o sea rechazado por el paciente.

La elección de una u otra orientación teórica (cognitiva, interpersonal, psicodinámica...) para el abordaje psicoterapéutico, dependerá del ajuste entre las habilidades del terapeuta, las características personales del paciente (su capacidad de completar registros o de identificar emociones, por ejemplo,...) y su disposición hacia el cambio (en pacientes precontempladores estrategias basadas en la exposición serán, por ejemplo, más difíciles de aplicar que el pacientes en estadio de preparación para el cambio...)

BIBLIOGRAFÍA

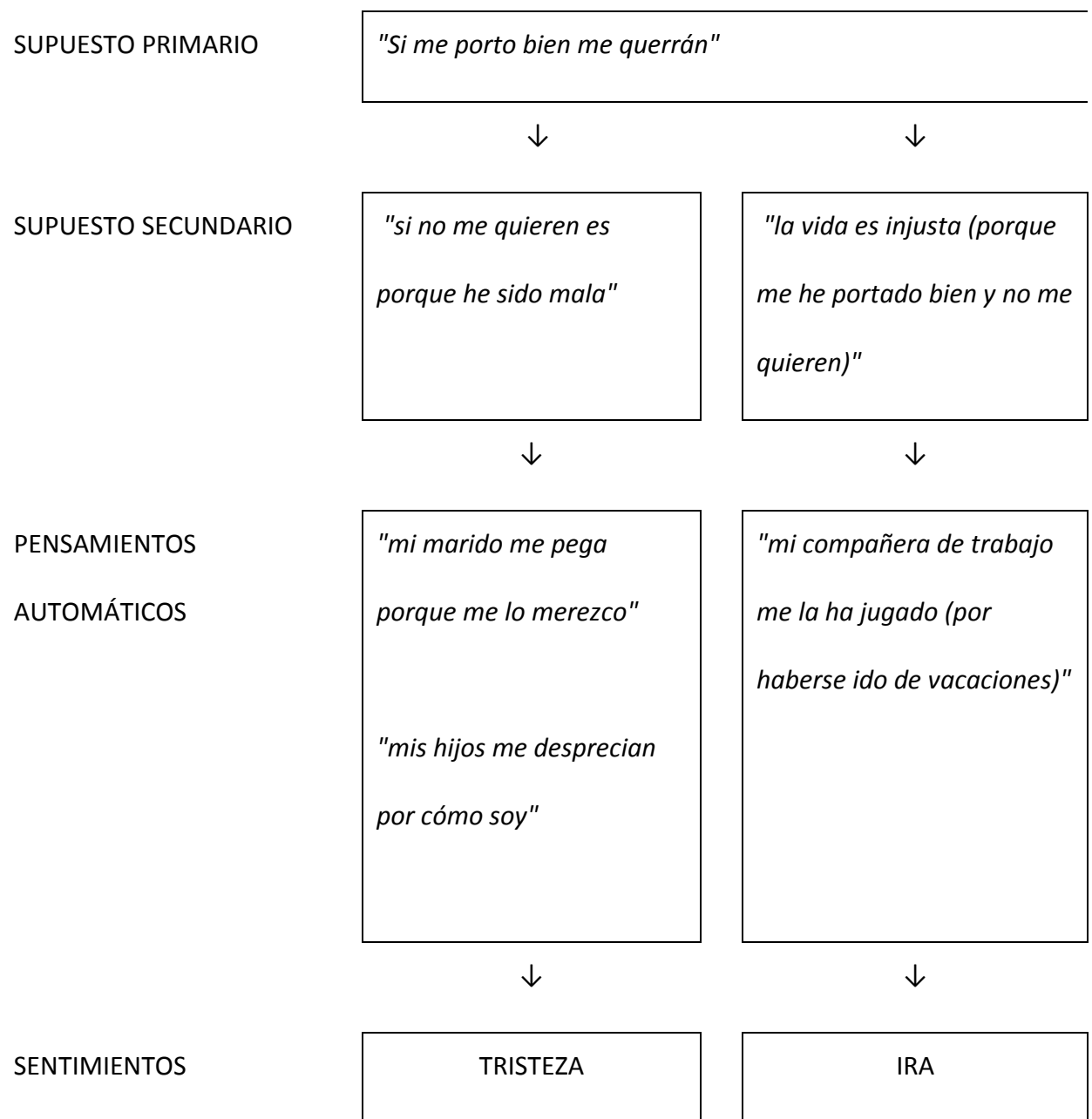
1. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1952; 16: 319-324.
2. Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1994
3. Asiel Rodríguez A, Fernández Liria A. Psicoterapia y psicofármacos: Por fin juntos?; nuevos datos sobre la combinación. *Psiquiatría Pública* 2000; 12 (3): 285-288
4. Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research stile. *Clinical Psychology Review* 1984; 4: 5-14.
5. Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York. Guilford, 1996.
6. Chambles DL et al. An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist* 1996; 49 (2): 3-14
7. Chambles DL et al. An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist* 1998; 51 (2): 5-16
8. Chambles DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journall of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 64: 497-504
9. Becker RE, Heinberg RG, Bellak AS. *Social skills training treatment for depression*. New York: Pergamon Press, 1987
10. Nezu AM, Perri MG. Social problem-solving therapy for unipolar depression: an initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989; 57: 408-413
11. Fuchs CZ, Rehm LP. A self control behaviour therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977; 45: 206-215
12. Lewinsohn, The behavioural study and treatment of depresión. En Hersen M, Eisler RM y Miller PM: *Progress in behaviour modification* New York: Academic Press, 1975: 19-65
13. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983)
14. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York. Basic Books. 1984.

15. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. New York: Basic Books 2000
16. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Terapia Interpersonal. En Caro I: Psicoterapias cognitivas: evolución y nuevos modelos. Barcelona: Paidós 2003.
17. Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition. New York: Wiley 1994: 114-142
18. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? Archives of General Psychiatry 1975; 32: 995-1007.
20. Schuhter SR, Downs N, Zisook S. Biologically informed Psychotherapy of depression. New York: Guilford Press, 1996.
- 21.- Rush J. Assessing outcome in practice: a paradigm shift? Current Opinion in Psychiatry 1996: 1-2
22. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984
- 23.- Klerman GL, Weissman MM, Markowitz JC, Glick I, Wilner PJ, Mason B, Snear K. Medication and psychotherapy. En En Bergin AE, Garfield SL. Handbook of psychotherapy and behavior change IVth edition. New York: Wiley 1994, 734-782
- 24.- Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal psychotherapy and its derivatives in the treatment of depression. En Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 113-132.
- 25.- Blackburn IN, Bishop S, Glen AIM, Whaley LJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy of depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy , each alone and in combination. British Journal of Psychiatry 1981; 139: 181-189.
- 26.- Hollon SD, DeRubies RJ, Evans MD. Combined cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depression. Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 35-64.
- 27.- Covi L, Lipman RS, Smith JE. Group psychotherapy and pharmacotherapy of depression. Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 65-112.
- 28.- Frank E, Kupfer bDJ, Levenson J. Continuation treatment for unipolar depression. The case for combined treatment. Manning DW, Frances AJ. Combined

-
Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 133-150

29. .- Manning DW, Frances AJ. Combined therapy for depression: critical review of the literature. en Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 1-34

FIGURA 1: MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN



Bibliografía añadida:

Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy of depression,I: systematic comparison of three psychotherapies. Am J Psychiatry 1990; 147: 133-147.

Karasu TB. Toward a clinical model of psychotherapy of depression,II: an integrative and selective treatment approach. Am J Psychiatry 1990; 147: 269-278.