

SUICIDIO: ESTRATEGIAS DE CONTROL CONDUCTUAL

RESUMEN

En este trabajo se aborda un tema clínico poco estudiado: el suicidio. Los autores, después de clarificar una serie de falsas creencias y mitos sobre el suicidio muy extendidos, tanto entre la población general como entre los propios profesionales, centran el problema desde un criterio estadístico en nuestro país y, por último, ofrecen una serie de técnicas específicas para manejar conductas de suicidio.

Estas técnicas, aunque están basadas en los principios básicos de la Terapia de Conducta, todavía no poseen un soporte científico importante, sustentándose más bien en la eficacia clínica.

PALABRAS CLAVE

Suicidio, intervención psicológica, Terapia de Conducta, control de suicidio, depresión.

Juan Sevilla Gascó,
Carmen Pastor Gimeno*

INTRODUCCION

La palabra suicidio da miedo, y es comprensible, se alude a la muerte, al fin, y además de forma voluntaria. Todos sentimos temor a lo que significa esa expresión.

Desafortunadamente, esa aprensión primigenia también ha afectado a la investigación científica. Aunque sí que hay estudios sobre variables sociológicas o demográficas (véase recientemente a Agudo Pérez, 1990), e incluso sobre factores

de riesgo, apenas se ha publicado nada sobre cómo manejar terapéuticamente el deseo intenso, de una persona desesperanzada, de acabar con su vida. El planteamiento habitual es considerar el suicidio como una variable dependiente de la depresión; se mejora el estado de ánimo y desaparece el deseo de poner fin a la vida propia. El planteamiento es válido sobre el papel, pero ¿qué puede pasar durante ese tiempo que se necesita hasta que la terapia para la depresión surta efecto? Creemos que existe un vacío científico de estrategias para manejar este tipo de situaciones terapéuticas. Esto nos pone a los clínicos en una situación extremadamente difícil,

donde en muchos casos lo que guía nuestra intervención no es la ciencia, sino la intuición clínica y las habilidades propias, el arte.

Este estado de la cuestión es muy doloroso para los que creemos que la Psicología debe ser una ciencia positiva, y lo peor de todo es extremadamente peligroso para nuestros clientes.

Por otra parte, es comprensible entender, además del matiz tabú del tema, porque es muy difícil hacer experimentación sobre la eficacia de distintas técnicas para manejar suicidio; ¿hasta qué punto sería ético experimentar con personas al borde del suicidio?

Presentaremos una serie de técnicas para manejar conductas suicidas. Lamentablemente aunque muchas de esas técnicas han probado su eficacia en otros tipos de problemas, aplicadas a suicidio, no hay datos que demuestren la necesidad de su aplicación. Incluimos también un grupo de técnicas (chantajes emocionales), de las que nos confesamos autores.

Todo este tipo de estrategias, a pesar de carecer del soporte experimental que deberían tener, han sido aplicadas por nosotros mismos y por un amplio número de nuestros alumnos con un éxito absoluto. Nuestra intención es que el clínico Conductual que lea este pequeño trabajo encuentre algunas estrategias útiles para enfrentarse a este dramático problema.

FALSAS CREENCIAS SOBRE EL SUICIDIO

Dentro del área del suicidio hay toda una serie de creencias falsas y confusiones que nos gustaría clarificar. Por otra parte, estos errores son perfectamente comprensibles, dado el enorme vacío de investigación científica ya comentado. En la línea de Farberow y Shneidman (1969), Lester y Lester (1972) y Lowenstein (1985), las que creemos más sobresalientes son:

1. Hablar franca y directamente sobre la posibilidad del suicidio con el cliente hará que éste empiece a pensar por primera vez en tal alternativa, o que lo intente de nuevo si ya hubo un ensayo previo. Totalmente falso. Más bien lo contrario, la experiencia clínica nos sugiere que abordar el tema asertivamente por parte del terapeuta produce un efecto positivo en el cliente, haciendo que éste se sienta atendido y comprendido, aumentando la calidad humana de la relación terapéutica.

2. Las personas que de forma más o menos clara afirman que se quieren suicidar, en realidad nunca lo hacen. Falso. Más del 75% de las personas que acabaron suicidándose, lo advirtieron o comentaron.

3. Todos los suicidas son personas deprimidas. No es totalmente cierto. Aunque la mayoría de los suicidas son personas muy deprimidas, hay una pequeña proporción de suicidios cometidos dentro de un grave trastorno psicótico. Además existe otra pequeña proporción de suicidios, en las que el sujeto trataba de hacer una «tentativa de suicidio», es decir, una intención de cambiar su medio pero sin intención real de morir, pero que por distintas circunstancias, se consumó realmente.

4. El suicidio ocurre sin previo aviso. Falso. Nadie se suicida de pronto. La depresión empieza, tiene un curso y en un momento dado puede aparecer el suicidio. Esta evolución puede ser, claro está, más o menos larga.

5. Los suicidas están locos. Falso. Aunque hemos comentado que una pequeña proporción de suicidios se cometen en el marco de un brote psicótico, la mayoría de las personas que llegan a cometer tal acto son personas profundamente deprimidas que, en un momento dado, no encuentran otra alternativa más que poner fin a su sufrimiento por medio del suicidio.

6. Cuando el estado emocional va subiendo desaparece

* Psicólogos. Centro de Terapia de Conducta. Valencia.

el riesgo de suicidio. Falso. Muchos suicidios se cometen cuando ya ha habido del estado de ánimo, vía tratamiento conductual o farmacológico. Eso significa que las técnicas de control deben prorrogarse durante mucho tiempo.

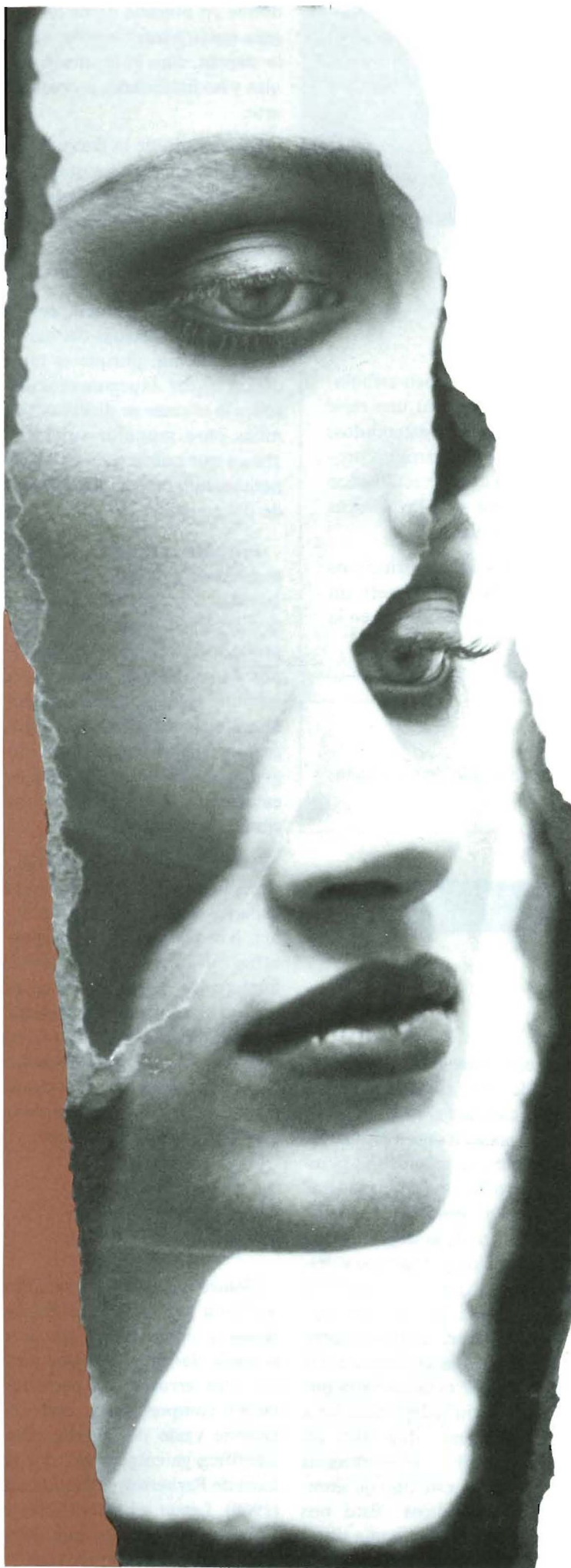
7. Las personas que intentan suicidarse y fallan ya no lo intentarán más. Falso. En muchos casos consumados se consiguió dentro de los tres meses posteriores a la primera intencionalidad.

8. La tendencia al suicidio es hereditaria. Falso. Sin embargo, se podría pensar que este tipo de comportamientos pueden ser favorecidos por el modelado del ambiente cercano. Esto explicaría las famosas y trágicas «epidemias de suicidio» que ocurren periódicamente en ambientes específicos. Sería como, si al ver que personas del medio cercano realizan tales conductas, se considerara esa alternativa como más aceptable.

En esa línea, la aceptabilidad del suicidio varía de cultura a cultura, véase por ejemplo, Japón.

9. Todos los suicidios son fríamente planificados. Falso. Aunque en algunos casos la persona ha realizado una fría planificación, en la mayoría lo que ocurre es que la persona se debate continuamente entre la vida y la muerte, y en un momento dado, ante cierta situación (estímulo), aparece el suicidio (respuesta).

10. Las personas (deprimidas) tienen derecho a suicidarse. Desde nuestro punto de vista, y esto salta la barrera de la ciencia para ser filosofía o moralidad, esto es falso. Una persona profundamente deprimida no es libre para elegir su destino, está totalmente condicionada por su trastorno, su visión de la realidad está enormemente sesgada. Nuestra norma podría resumirse en: «deja de estar deprimido, y entonces, elige».



DATOS RECIENTES SOBRE EL SUICIDIO EN ESPAÑA

Presentamos a continuación los datos de un interesante y reciente estudio epidemiológico realizado por Agudo Pérez (1990), donde aparece un gran contingente de información estadística sobre el estado del fenómeno suicido en nuestro país.

El trabajo se realizó a partir de los censos y de los anuarios estadísticos correspondientes a los períodos de 1931 a 1950 y de 1961 a 1980. Los resultados aparecen agrupados según distintas variables:

1. **Número de suicidios:** se denota un claro y continuo descenso del número de suicidios en nuestro país, a medida que transcurre el tiempo. La desviación estándar de 1980 es casi la mitad que la de 1931.

Así pues, es falso afirmar que ésta es la década de los suicidios. Cada vez son menos frecuentes.

2. **Edades:** los resultados son muy claros. Las personas que más se suicidan son las más mayores (categoría de más de 60 años) y el riesgo disminuye progresivamente a medida que los sujetos son de categorías de edades más jóvenes.

Según estos datos, toda esa información alarmista en la línea de que actualmente los jóvenes y niños se suicidan más que nunca sería falsa. Una explicación para esta confusión podría ser que cuando un niño se suicida, aparece en todos los medios de información, creando una imagen falsa del estado de las cosas desde un punto de vista estadístico.

3. **Estado civil:** también aquí hay sorpresas. Tradicionalmente se ha considerado el matrimonio como un factor de protección contra el suicidio. Los datos dicen lo contrario, se suicidan mucho más los casados que los solteros, y éstos más que los viudos.

4. **Profesión:** las personas que se ocupan con tareas relacionadas con la agricultura y la

caza son los que más se suicidan, seguidos de artesanos y trabajadores de la producción.

5. **Método:** la suspensión o ahorcamiento sigue siendo el método más usado por los españoles para suicidarse, aunque se observa una tendencia progresiva hacia el uso de métodos no cruentos.

6. **Meses:** sin duda, los meses calurosos. Mayo y junio son los meses con mayor índice de suicidios. El que menos es noviembre.

A pesar de los errores que todos los trabajos tienen, y las posibles críticas metodológicas de este trabajo en concreto, nos parece enormemente clarificador, y nos ayuda a centrar perfectamente el problema en la realidad española.

TECNICAS DE MANEJO DE CONDUCTAS DE SUICIDIO

1. Control de estímulos

Esta técnica ha sido ampliamente aplicada a otros problemas diferentes: tabaquismo, alcoholismo y todo tipo de conductas adictivas, obesidad, etcétera.

La técnica consiste en manipular el medio, de forma que no aparezcan los estímulos disparadores de la conducta-problema.

En suicidio, la técnica tiene el mismo objetivo. Después de realizar un cuidadoso Análisis Funcional de la conducta de suicidio, deberíamos haber aislado con exactitud cuáles son los estímulos elicitanes de tales respuestas. La intervención consistirá en controlar rigurosamente la aparición de tales eventos: que el medio elegido para realizar el suicidio esté bajo control, y en casos verdaderamente graves, donde el estímulo es simplemente estar a solas, la aplicación del control estimular implicará que el suicida potencial esté acompañado durante las 24 horas del día.

Inevitablemente, poner en marcha este tipo de estrategias obliga a los familiares del cliente a una total colaboración: retirar productos tóxicos y corrosivos, eliminar objetos punzantes o cortantes, administrar los fármacos ansiolíticos y antidepresivos que, sin duda, estará tomando el cliente, en dosis exactas y puntuales, e incluso permanecer a su lado durante todo el día, cuando lo creamos necesario.

Sorprendentemente, en ciertas ocasiones, cuando estamos explicando a los familiares la necesidad de aplicar estas estrategias (sobre todo, el no dejar a solas al cliente), responden negativamente que no pueden. La explicación de tales negativas se deben a una combinación de dos tipos de factores: por una parte de tipo práctico; estar con el deprimido implicaría romper el ritmo cotidiano del trabajo por unas cuantas semanas, y por otra, lo que suele ocurrir es que no creen que el problema sea tan grave como nosotros planteamos. El segundo tipo de problemas se soluciona aportando datos técnicos sobre la gravedad de la depresión, y el primero, pidiéndole que busque a otra persona de la familia o incluso profesional, que asuma el rol de cuidador. Si a pesar de todo el familiar se niega, nosotros abandonamos el caso. No queremos cargar con la posibilidad de que el cliente se suicide porque nadie quiere o puede estar con él/ella.

Esta técnica, aplicada con mayor o menor dureza, es siempre necesaria en casos claros de suicidio potencial.

El Control de Estímulos irá relajándose a medida que el estado depresivo mejore, por medio de las técnicas habituales, y vayan desapareciendo los pensamientos de suicidio.

2. Razones para vivir

Las personas que se quieren suicidar creen tener una serie de razones para morir. En un primer momento, pensamos, como

Beck (1978), más adecuado elicitar «razones para vivir» que tratar de discutir y probar la irracionalidad de las razones para suicidarse. Cuestión que abordaremos profundamente con las técnicas de Discusión Cognitiva, cuando el estado de ánimo esté estabilizado.

La técnica consiste en que el terapeuta fuerza amablemente al cliente a repasar áreas de su vida para encontrar alguna razón por la que vale la pena seguir viviendo. Así se analiza la familia, las aficiones, los amigos, los gustos, el trabajo y cualquier otra área potencialmente reforzante.

Ni es necesario, ni va a ser posible, que aparezcan razones espectaculares para vivir, lo habitual, y eso ya es muy satisfactorio, es encontrar razones como: «despertar a mi hijo de 6 años, escuchar tal música, ver atardecer en tal paraje, comer tal plato...».

Estas razones se escriben en una tarjeta o se graban en una cinta de cassette, y se le pide al cliente que las lea o escuche varias veces al día, sobre todo en los momentos de mayor desesperanza y cuando aparezca la idea del suicidio.

La técnica, desde un punto de vista psicológico, funciona por refuerzo positivo. Sería algo así como someter al cliente a reforzadores positivos encubiertos. Y ya sabemos el efecto positivo que produce el aumento de reforzadores sobre el estado de ánimo (Lewinsohn, 1972).

3. Chantajes emocionales

Esta técnica surge de la premisa «todo vale para evitar que una persona se suicide». Al igual que el propio suicidio (las personas se suicidan por refuerzo negativo, para escapar del gran malestar que sienten), estas estrategias actúan desde un punto de vista de aprendizaje, también por refuerzo negativo. Es decir, nuestro objetivo consistirá en aventurar los enormes problemas que surgirán para el propio

cliente o para su medio inmediato en caso de que se suicide. Así, el cliente, para escapar de esos cambios catastróficos que produciría su muerte, no se suicida, y su comportamiento de seguir resistiendo se refuerza negativamente.

Existen distintos focos de chantaje o manipulación emocional según las características de cada persona; los más frecuentes son: las creencias religiosas, los familiares directos y el dolor físico. Tomando como ejemplo el núcleo de la familia, veamos cómo se podría hacer. El trabajo sería centrar de forma extremadamente dramática qué efectos produciría la muerte por suicidio en los familiares más amados: «¿tú crees que tu hija de 6 años entenderá que tú te hayas suicidado? ¿Cómo se sentirá? Probablemente esto marcará su vida para siempre, ¿y tu hijo de 12 años, crees que lo entenderá?, ¿crees que entenderá que su papá haya decidido escapar de todo matándose?, ¿qué dirán de él en el colegio? ¡Ahí va Luis, el hijo del suicida!, ¿y tu mujer? ¿cómo se sentirá? ¿Frustrada, fracasada, destrozada? ¿No crees que se sentirá culpable y nunca lo superará?».

Estas estrategias son auténticamente manipulativas y crudas, y por ello, muchas veces creemos que rozan la barrera de lo poco ético, pero funcionan y de nuevo volvemos al principio que anima nuestro trabajo con suicidas «todo vale».

Respecto a estas técnicas, creadas y desarrolladas por nosotros por tanteo y experiencia clínica, no hay ninguna base empírica; sin embargo, tanto nosotros mismos, como nuestros alumnos, comprobamos su eficacia día a día.

4. Tareas incompatibles

Esta técnica es una forma sofisticada e indirecta de Control Estimular. Consiste en acordar con el cliente una serie de tareas o actividades en las situaciones

que nuestro análisis funcional han detectado como estímulos de respuesta suicida. Idealmente, estas tareas deberían ser sencillas de realizar y lo más reforzante posible. Por ejemplo, si los peores momentos son por la mañana en casa, actividades como salir a pasear o de compras, quedar con un amigo o hacer algo de deporte, podrían ser adecuadas.

Por supuesto, en cada persona las actividades incompatibles-reforzantes serán diferentes, y obviamente, la variabilidad ilimitada.

Aunque básicamente es una estrategia distractora, y por lo tanto de control estimular, si también podemos conseguir que las actividades en sí sean reforzantes, además conseguiremos un efecto de subida de ánimo que aumentará su eficacia.

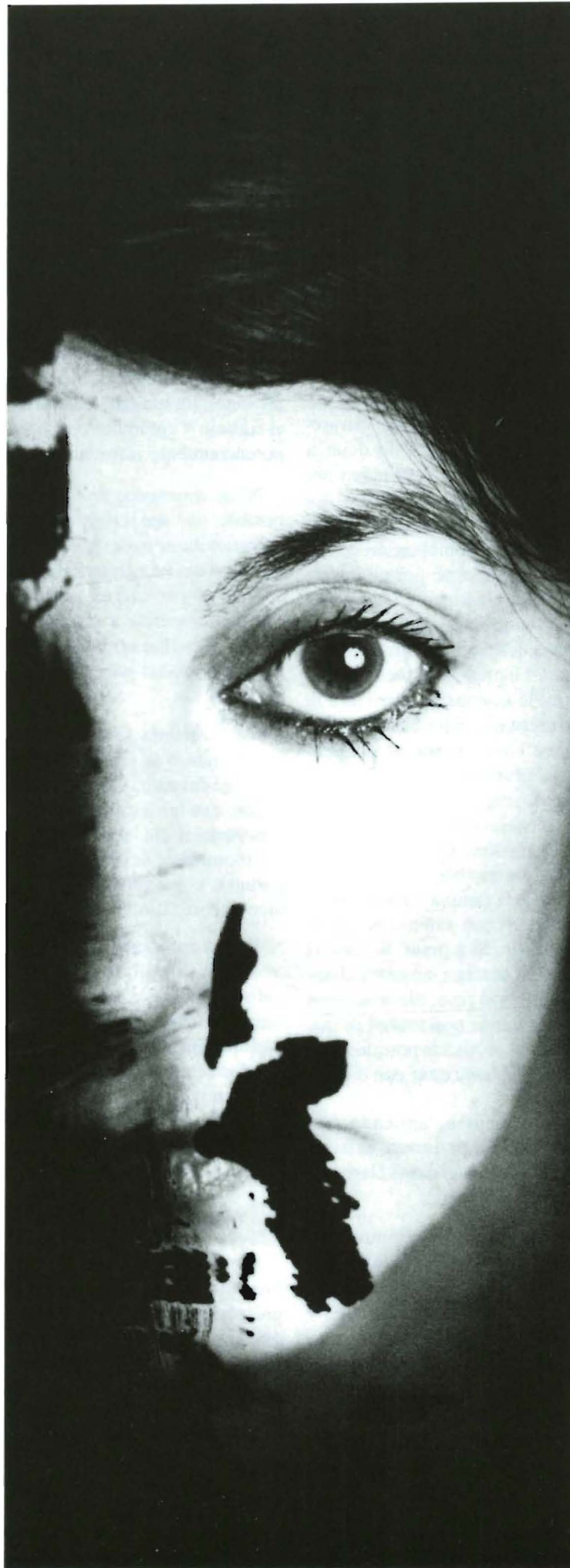
5. Llamadas de teléfono

La idea es simple. Partiendo de la base de que el terapeuta se convierte en un agente reforzador (ver punto 7) y como siempre a partir del análisis funcional, el profesional se compromete a llamar por teléfono cada día al cliente en las situaciones que hemos detectado como estímulos (por la mañana, por la noche...). La conversación dura los minutos necesarios (10, 15, 20 o más), y el mensaje más o menos adornado sería el siguiente: «sé que estás mal y lo entiendo, pero también sé que puedes continuar y que si sigues trabajando puedes salir de esto; yo estoy aquí para ayudarte».

Una advertencia importante. No es necesario usar este tipo de estrategias, pero si el terapeuta decide hacerlo, *necesariamente debe hacerlo*. No sirven excusas como: «perdí el teléfono, o me olvidé». Si nos hemos comprometido y no lo hacemos, como mínimo, la relación terapéutica se habrá ido por los suelos.

6. Contratos

Los contratos son técnicas operantes que se han aplicado



ampliamente y con clara eficacia a distintos problemas: terapia de parejas y familia (Lieberman, 1981; Falloon, 1988), problemas infantiles (Walker-Shea, 1987), adicciones (Marlatt, 1983), obesidad (Mahoney-Mahoney, 1981).

En depresión la utilización es similar. El terapeuta negocia con el cliente tiempo. Es decir, la idea es que el cliente se compromete por escrito con el terapeuta a que no tratará de suicidarse en un tiempo prudencial. Durante este espacio temporal suponemos que la terapia hará su efecto y al bajar el estado de desesperanza, disminuirán los deseos de morir. Esto, obviamente, es arriesgado y difícil de hacer. El planteamiento, a veces, puede ser así de crudo: «sé que estás muy deprimido y que piensas en morir, y lo entiendo, pero también sé que ahora no eres libre de elegir precisamente porque estás muy deprimido. Yo sé que si fueras libre, no tomarías en cuenta esa opción, por ello te pido que te des la oportunidad a ti mismo, y se la des a la terapia. Quiero que te comprometas conmigo a no tratar de matarte en los próximos 4 meses. Al fin y al cabo no pierdes nada, ya que para matarte sólo necesitas estar vivo. Prueba otra opción, mejora tu depresión».

Como se aprecia con facilidad, el terapeuta debe tener muy claro filosóficamente cuáles son sus objetivos.

Este tipo de estrategias funciona especialmente bien con esas personas que como ellos dicen, «todavía tienen palabra», es decir, con personas en las que funcionan valores como mantener un compromiso o dar la palabra y cumplirla.

7. Empatía, calidez, aceptación incondicional del terapeuta

Desde hace unos pocos años, dentro de la literatura científica,

se está dedicando mucho trabajo al área denominada habilidades sociales del terapeuta (Segura, 1985) que, tradicionalmente, se han denominado con conceptos menos operativos como empatía, calidez, rapport o buena relación terapéutica.

Un buen clínico conductual sabe perfectamente la enorme importancia que tiene para el funcionamiento de la terapia, la calidad de la relación humana. Esta importancia, todavía es mayor cuando el cliente que tenemos enfrente es una persona profundamente deprimida. Estamos convencidos de que muchas veces, lo que puede «enganchar» al cliente a la terapia, lo que puede hacer que esa persona decida probar otra alternativa (antes del suicidio), es que encuentre a un/a terapeuta cálido, honesto, genuino. Estas palabras suenan bien, pero ¿a qué nos referimos conductualmente cuando las usamos? En cada caso se operativiza de forma diferente, pero siempre incluye comportamientos como: *Autoapertura*; contar ejemplos personales o de otros clientes, donde se ofrece un modelado simbólico de personas que han estado muy mal, tan mal como el propio cliente, pero que a pesar de todo, lo han podido superar.

Uso cauto del *sentido del humor*; el sentido del humor aumenta la calidad humana de la relación, y ayuda a distanciarse del problema. Con personas deprimidas es especialmente difícil, pero por supuesto posible, y en cualquier caso, no incluye jamás reírse del cliente o de su problema.

Crear *expectativas de éxito*; esto se consigue utilizando distintas estrategias: presentarnos como lo que somos, auténticos profesionales de la psicología clínica, que tenemos experiencia en este tipo de problema emocional, explicar que la depresión es un problema muy corriente en nuestros días, pero que, afortunadamente, tenemos la tecnología adecuada para superarla,

y proporcionar un modelo general y fácilmente apresable de qué es una depresión y cómo se produce.

Empatía, o ponerse en el lugar del cliente; demostrarle que comprendemos su malestar, que estamos seguros de que podemos enseñarle las estrategias necesarias para superarlo.

Refuerzo; el terapeuta debe convertirse auténticamente en una «máquina de reforzar». Cualquier conducta positiva, verbal o no verbal, cualquier «conducta de vida» como sonreír, mirar a los ojos, hacer comentarios adecuados, controlar el llanto y las expresiones de desánimo... debe reforzarse contingentemente.

Todos estos conceptos desde un punto de vista científico-conductual, son ambiguos y confusos, pero evidentemente, pueden ser operativizados en comportamientos específicos, en habilidades sociales. En otras palabras, deberíamos dedicar tanto tiempo a trabajar nuestras habilidades sociales del terapeuta, como las propias habilidades técnicas.

8. Otras técnicas

La intervención con suicidas potenciales la construimos a partir de las técnicas anteriores desde el primer momento en que detectamos tal posibilidad. Sin embargo, a más largo plazo, usamos otras técnicas para cambiar tales deseos, aparte de las que se usan en general para la depresión:

- Parada de pensamiento y autoinstrucciones (Lewinsohn, 1984).
- Inoculación de stress (Meichenbaum, 1985).
- Proyección temporal con refuerzo positivo (Lazarus, 1980).
- Terapia cognitiva (Beck, 1978).
- Resolución de problemas (Nezu, Nezu y Perri, 1989).

BIBLIOGRAFIA

- AGUDO, E.: *Estudio epidemiológico del suicidio: comparación de dos períodos (1931-1950 y 1961-1980)*. Psiquis, 1990.
- ALARIO B., S.: «Diagnóstico y tratamiento de una depresión mayor con melancolía». *Estudios de casos en terapia del comportamiento*. Promolibro, 1989, páginas 213-230.
- ALVAREZ, C. J.: *Depresión*. Cineteco, 1979.
- ABRAMSON, L. Y.; SELIGMAN, M. E. P.; TEASDALE, J. D.: «Indefensión en humanos: crítica y reformulación».
- ALARIO B., S.: «Diagnóstico y tratamiento de una depresión mayor con melancolía». *Estudios de casos en terapia del comportamiento*. Promolibro, 1989, páginas 213-230.
- ALVAREZ C., J. E.: «La depresión: definición y modelos». «Evaluación y tratamiento de la depresión». Carrobbles y cols. *Análisis y modificación de la conducta II*. Vol. 1. Uned, 1985, páginas 289-384.
- ALVAREZ, J.; ALFONSO, J. J.: «Un caso de depresión». D. MACIÁ A. y F. X. MÉNDEZ: *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Pirámide, 1988, pp. 101-117.
- ANTÓN, J. L. y cols.: «Entrenamiento de la anticipación en el tratamiento de la depresión». J. D. KRUMBOLTZ y THORESEN: *Métodos de consejo psicológico*. DDB, 1981, pp. 98-106.
- BECK, A. T.: *Depression*. University of Pennsylvania Press, 1990 (1967).
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G.: *Terapia cognitiva de la depresión*. DDB, 1983 (1979).
- BECK, A. T.; SHAW, B. F.: «Enfoques cognitivos de la depresión». A. ELLIS, R. GRIEGER: *Manual de terapia racional emotiva*. DDB, 1981, pp. 127-140.
- BECK, A. T.; YOUNG, J. E.: «Depresión». D. H. BARLOW: *Clinical handbook of Psychological Disorders*. Guilford Press, 1985, pp. 206-244.
- BUCETA, J. M.^a; POLAINO L., A.; PADRÓN, P.: «Déficits de autoestima de tipo emocional del "learned helplessness" en un estudio experimental con estudiantes no depresivos y depresivos le-

ves». *Análisis y modificación de conducta*, n.º 1.1982, pp. 191-211.

- BLACKBURN, I. M.: *Coping with depression*. DDB, 1987.
- BLACKBURN, I. M.: «Cognitive measures of depression». En PERRIS, C. y cols. *Cognitive psychotherapy: theory and practice*. Springer, 1989.
- BLACKBURN, I. M.: «An appraisal of comparative trials of cognitive therapy for depression» en Idem.
- BLACKBURN, I. M.: «Depression» en BRADLEY, B.; THOMPSON, C.: *Psychological applications in psychiatry*. Wiley, 1985.
- BLACKBURN, I. M.: «Severely depressed in-patients». En SCOTT, J. y cols.: *Cognitive therapy in clinical practice; an illustrative casebook*. Routledge, 1989.
- CALDERÓN, G.: *Depresión*. Trillas, 1984.
- CARROBBLES y cols.: «Depresión y entrenamiento asertivo». *La práctica de la terapia de conducta*. Promolibro, 1986, pp. 91-112.
- CARNWATH, T.; MILLER, D.: «Depresión». *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual práctico*. Martínez Roca, 1989 (1986), pp. 169-184.
- CLARKIN, J. F.; GLAZER, H. I.: *Depression. Behavioral and directive intervention strategies*. Garland, 1981.
- COVI, L. y cols.: «Group cognitive-behavioral therapy of depression: two parallel treatment manuals for controlled study». En PERRIS, C. y cols.: *Cognitive psychotherapy; theory and practice*. Springer, 1989.
- DAVISON, G. C.; NEALE, J. M.: «Depresión». *Psicología de la conducta anormal*. Limusa, 1980 (1974), pp. 211-239.
- DE RUBEIS, R. J.; BECK, A.: «Cognitive therapy». K. S. DOBSON: *Handbook of cognitive-behavioural therapies*. Hutchinson, 1988, pp. 273-306.
- FENNELL, M.: «Depresión». K. HAWTON and cols.: *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. O.U.P., 1989, pp. 169-234.
- FERSTER, C. B.: «A functional analysis of depression». *American psychologist*. October 1973, pp. 857-870.
- GLASS, R. M.: «Recent developments in the psychotherapy of depression». *Psychosomatics*. Vol. 22, n.º 2.

- GODOY, A.: «Expectativas, atribuciones y depresión». A. FIERRO: *Psicología clínica*. Pirámide, 1988, pp. 132-144.
- GOTLIB, I. H.; COLBY, C. A.: *Treatment of depression*. Pergamón, 1987.
- HAUCK, P. A.: «A young woman with feelings of depression». A. ELLIS: *Growth through reason*. Science and behavior books, 1971, pp. 179-222.
- HOLLON, S. D.: «Clinical innovations in treatment of depression: a commentary». *Adv. Behav. Res. Ther.* Vol. 6, 1984, páginas 141-151.
- HOLLON, S. D.; KENDALL, P. C.: «Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire». *Cognitive therapy and research*. Vol. 4, n.º 4, páginas 383-395.
- HORTON, A. M. N. (Jr.); JOHNSON, C. H.: «Rational-emotive therapy and depression: a clinical case study». *Perceptual and motor skills*, 1980, 51, páginas 853-854.
- KOUKKOU, M.: «A psychophysiological information-processing model of cognitive dysfunction and cognitive treatment in depression». En PERRIS, C. y cols.: *Cognitive psychotherapy; theory and practice*. Springer, 1989.
- KENDALL, P. C.; WATSON, D.: *Anxiety and depression*. Academic, 1989.
- LEWINSOHN, P. M.: «Programas de actividades en el tratamiento de la depresión». J. D. KRUMBOLTZ y C. E. THORENSEN: *Métodos de consejo psicológico*. DDB, 1981, pp. 106-117.
- LEWINSOHN, P. M.: «The behavioral study and treatment of depression». *Progress in behavior modification*. Vol. 1, 1975, páginas 19-64.
- LEWINSOHN, P. M. and cols.: «Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression». *Psychotherapy*. Vol. 17. *3 Fall., 1980, páginas 322-334.
- LEWINSOHN, P. M.; CLARKE, G. N.: «Group treatment of depressed individuals: the coping with depression course». *Adv. Behav. Res. Ther.* Vol. 6, páginas 99-114.
- LEWINSOHN, P. M. and cols.: *The coping with depression course*. Castalia, 1984.
- LÓPEZ DE LÉRIDA G., P.: «El síndrome depresivo: consideraciones desde el análisis de la conducta». *Análisis y modificación de conducta*, n.º 2, 1976, páginas 69-78.
- LLANOVA, L. M.: «Enfoque conductual de la depresión postparto». A.E.T.C.O., 1986, 4/2.
- MATUTE, H. y cols.: «Inmunización, estímulos discriminativos negativos y déficits de ejecución de la indefensión aprendida». A.E.T.C.O., 1988, 6/1.
- MATSON, J. L.: *Treating depression in children and adolescents*. Pergamón, 1989.
- MATUTE, H. y cols.: «Inmunización, estímulos discriminativos negativos y déficits de ejecución de la indefensión aprendida». A.E.T.C.O., 1988, 6/1.
- MCBRIEN, R. J.: *Coaching clients to manage depression*. March 1981.
- MCBRIEN, R. J.: *Managing you depression*.
- MC LEAN, P. D.; OGSTON, K.; GRAVER, L.: «Tratamiento comportamental de la depresión». R. ARDILA: *Terapia del comportamiento*. DDB, 1980, pp. 461-472.
- MENDELS, J.: *La depresión*. Herder, 1982 (1970).
- MOOREY, S.: «Cognitive therapy of depression: patient factors associated with outcome». W. DRYDEN, P. TROWER: *Cognitive psychotherapy*. Cassell, 1989, páginas 73-86.
- NEZU, A. M.; NEZU, C. M.; PERRI, M. G.: *Problem-solving therapy for depression*. Wiley, 1989.
- NIDIFFER, F. D.: «Combining cognitive and behavioral approaches to suicidal depression: a 42-month follow-up». *Psychological Reports*, 1980, 47, pp. 539-542.
- PALENZUELA, D. L.: «Una evaluación de la indefensión aprendida: crítica a la reformulación de Abramson, Seligman y Teasdale». *Análisis y modificación de conducta*, n.º 10, 1984, páginas 483-512.
- PAYKEL, E. S.: *Psicopatología de los trastornos afectivos*. Pirámide, 1985 (1982).
- PIASECKI, J.; HOLLON, S. D.: «Cognitive therapy for depression: Unexplicated schemata and scripts». N. S. JACOBSON: *Psychotherapists in clinical practice*. Guilford Press, 1987, páginas 121-152.
- POLAINO L., A.: «Evaluación de la depresión». FERNÁNDEZ Y CARROBLES: *Evaluación conductual*. Pirámide, 1981, páginas 454-488.
- POLAINO L., A.: «Algunos aspectos de las terapias comportamental y cognitiva en el tratamiento de las depresiones reactivas». J. MAYOR y F. J. LABRADOR: *Manual de modificación de conducta*. Alhambra, 1984, pp. 661-689.
- POLAINO L., A.: *La depresión*. Martínez Roca, 1985.
- POLAINO L., A.: *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico*. Alhambra, 1984.
- REHN, L. P.: *Evaluación de la depresión*. Adaptación de Trinidad Bonet.
- REHN, L. P.: «Terapia de autocontrol para la depresión». *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*. Vol. 3, 1984, páginas 79-96.
- RICHARD, J.: *Diagnóstico diferencial de la depresión*, 1990.
- ROBERT, S.; LAMONTAGNE, Y.: «Depresión». R. LADOUER, M. A. BOUCHARD, L. GRANGER: *Principios y aplicaciones de la terapia de la conducta*. Debate, 1981, pp. 339-356.
- RODRÍGUEZ, F. y cols.: *La prevención del suicidio (I): prevención primaria*. Psiquis, 1990.
- RODRÍGUEZ, F. y cols.: *La prevención del suicidio (II): prevención secundaria y terciaria*. Psiquis, 1990.
- RUSH, A. J.: «Cognitive therapy of depression: rationale, techniques and efficacy». *Psychiatric Clinics of North America*. Vol. 6, n.º 1. March 1983, pp. 105-127.
- RUSH, J.: *Supere la depresión*. J. Granica, 1987 (1983).
- RUSH, A. J.; SHAW, B. F.: «Failures in the treating depression by cognitive behavior therapy». E. B. FOA and P. M. G. EMMELKAMP: *Failures in behavior therapy*. Wiley & Sons, 1983, pp. 217-228.
- SEGURA and cols.: *Multimodal approach to the depression of housewives*. Centro Luria.
- SELIGMAN, M. E. P.: *Indefensión*. Debate, 1983 (1975).
- SELIGMAN, M. E. P.; LIBERMAN and cols.: *Behavior therapy of depression*, 1981.
- SELIGMAN, M. E. P.; KLEIN, D. C.; MILLER, W. R.: «La depresión». H. LEITENBERG: *Modificación y terapia de conducta*. Vol. 1. Morata, 1982, páginas 235-290.
- SHAW, B. F.; BECK, A. T.: «El tratamiento de la depresión con terapia cognitiva». A. ELLIS, R. GRIEGER: *Manual de terapia racional-emotiva*. DDB, 1981, pp. 325-341.
- SILVA, F.: «Evaluación de la depresión». *Evaluación conductual: aplicaciones clínicas y educativas*. Psique, 1982, pp. 215-230.
- STILES, T. C.; GOTESTAM, K. G.: «The role of cognitive vulnerability factors in the development of depression: theoretical and methodological considerations». En PERRIS, C. y cols.: *Cognitive psychotherapy; theory and practice*. Springer, 1989.
- TEASDALE, J. D.: «Psychological treatments for depression: How do they work?». *Behav. Res. Ther.* Vol. 23, n.º 2, 1985, páginas 157-165.
- TROWER, P.; CASEY, A.; DRYDEN, W.: «Depression». *Cognitive-Behavioural counselling in action*. Sage, 1989, pp. 122-134.
- TROWER, P.; CASEY, A.; DRYDEN, W.: «Shame, guilt and anger». *Cognitive-Behavioural counselling in action*. Sage, 1989, páginas 135-148.
- WILCOXON, L. A. y cols.: «Formulaciones conductuales de la depresión». CRAIGHEAD y cols.: *Modificación de conducta*. Omega, 1981, pp. 213-240.
- WILLIAMS, J.; MARK, G.: *The psychological treatment of depression*. Croom Helm, 1986.
- WILLIAMS, J.; WELLS, J.: «Suicidal patients». En SCOTT, J. y cols.: *Cognitive therapy in clinical practice; an illustrative casebook*. Routledge, 1989.
- WILKES, T. C. R.: «Cognitive therapy with depressed adolescents». En PERRIS, C. y cols.: *Cognitive psychotherapy; theory and practice*. Springer, 1989.
- WOLPE, J.: «La depresión neurótica: un modelo experimental». *Análisis y modificación de conducta*, n.º ext. 1981.
- ZEISS, A. M.; JONES, S. L.: «Behavioral treatment of depression: examining treatment failures». E. B. FOA and P. M. G. EMMELKAMP: *Failures in behavior therapy*. Wiley & Sons, 1983, pp. 197-217.