



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

BASES PSICOSOCIALES

Dr. Aquilino Polaino-Lorente
Catedrático de Psicopatología
Universidad Complutense de Madrid

INTRODUCCION

En la actualidad, hay un acuerdo unánime entre los autores de la comunidad científica en que hay numerosos factores biológicos que, probablemente, se concitan en los diversos tipos de depresiones resistentes a la farmacoterapia. Es muy posible que en un futuro cercano puedan determinarse con mayor rigor y precisión estos factores, de manera que una vez identificados puedan servir como eficaces predictores de qué psicofármacos son los que específicamente deben prescribirse en cada tipo de depresión para que se obtenga una rápida respuesta terapéutica.

No obstante, estos conocimientos —en los que tantas esperanzas hay puestas—, a ningún autor se le oculta que el perfil psicopatológico de los pacientes depresivos resistentes al tratamiento (DR) no agota, por el momento, una descripción que sea plenamente satisfactoria para hacer frente a estos problemas. Por el contrario, la relativamente numerosa bibliografía científica disponible sobre este particular viene insistiendo, una y otra vez, en la relevancia que tienen los factores psicosociales en la génesis, mantenimiento y perpetuación de las depresiones resistentes. Esto indica que en las posibles tipologías que puedan establecerse en el futuro para la identificación de estos pacientes, es menester considerar, como algo irrenunciable, el mayor o menor

peso que estos factores psicosociales desempeñan en la aparición o no de las depresiones resistentes (para una revisión véase Polaino-Lorente, 1985a y b).

En los apartados siguientes se exponen con detalle los datos de que disponemos en la actualidad respecto de los factores psicosociales más significativos que intervienen. No puede concluirse, sin embargo, que el acuerdo sea unánime entre los diversos autores, respecto a la importancia que hoy se concede a estos factores.

UN ELENCO CONTRADICTORIO Y AMBIGUO DE FACTORES PSICOSOCIALES

Son muy numerosos los factores que se han invocado por las diversas escuelas y diferentes teorías que, desde el ámbito de la psicología, se han aproximado a la consideración del comportamiento depresivo. Entre los más destacables, a juzgar por la literatura científica que han generado, cabe mencionar los siguientes: *a)* la privación afectiva precoz por pérdida o separación parental; *b)* la baja autoestima; *c)* los acontecimientos vitales estresantes; *d)* la ausencia de soporte social y el clima familiar; *e)* el estilo de comunicación conyugal y la disminución de la comunicación; *f)* el aumento de la dependencia afectiva y de los conflictos conyu-

gales; *g*) la vulnerabilidad y la adaptación social; *h*) el moldeamiento de una personalidad alterada, y *i*) los sentimientos de inseguridad y culpabilidad entre otros. (Polaino-Lorente, 1984).

El debate y la polemica siguió a esta proliferación de factores —algunos de los cuales todavía no han sido verificados en modo suficiente con las necesarias investigaciones empíricas— por lo que parece, continúa estando vivo en la actualidad. A pesar de la ausencia de solidez en bastantes de estas teorías, cabe señalar que *malgré lui meme*, han contribuido al conocimiento —al menos más complejo y realista—, de la enfermedad depresiva, así como a desarrollos eficaces en el ámbito de las psicoterapias de los que más adelante nos ocuparemos.

El hecho de que la mujer sea más vulnerable al padecimiento de la depresión que el hombre ha planteado numerosas hipótesis —hormonal, genética, educacional, cultural, etc.—, sin que, por el momento, hayan podido verificarse o refutarse del todo. Sin duda alguna, ciertas depresiones resistentes parecen estar vinculadas a trastornos de personalidad (Polaino-Lorente, 1983a). Sin embargo, ignoramos en la actualidad si esos supuestos trastornos dependen de factores estructurales de la personalidad o si, por el contrario, tales alteraciones son una consecuencia de cómo se ha modelado ésta, en función de los acontecimientos vitales estresantes, la ausencia del necesario apego

infantil, los modelos educacionales a que ha sido expuesta, la privación afectiva o el modo en que la persona expresa sus emociones. En cualquier caso, hay algo diferencial en el modo cómo se manifiesta la depresión —y a su través, en la mayor o menor incidencia de depresiones resistentes— en el hombre y en la mujer. Los estilos comunicativos han gozado de gran relevancia entre los investigadores del grupo de Bristol (Keitner, Miller, Epstein y Bishop, 1990). Según parece, los pacientes depresivos adoptan un estilo de comunicación conyugal muy diferente del que suelen adoptar con otras personas ajenas a su familia.

El estilo comunicativo de los hombres depresivos se caracteriza por la tensión y hostilidad, normalizándose cuando la depresión desaparece. En las mujeres depresivas el indicador más característico de su comunicación son las manifestaciones ansiosas y hostiles, que continúan incluso cuando se recuperan de la depresión. En uno y otro cónyuges, el modo de responder a estos estilos depresivos también varía: la esposa no depresiva suele responder con ansiedad, mientras que el marido no depresivo se muestra mucho más independiente de su esposa. Paradójicamente, este estilo de comunicación varía en unos y otros, cuando se observan las relaciones entre ellos o con otras personas. Esto demuestra que el clima familiar cuando uno de los cónyuges está afectado de depresión, es

un factor que incrementa la probabilidad de la mala adaptación marital y la emergencia de conflictos conyugales, dos situaciones que por su cercanía, estabilidad y consistencia pudieran considerarse como factores que aumentan el riesgo de cronicidad de la depresión.

Durante el episodio depresivo, los hombres se hacen más dependientes de sus esposas mientras que se independizan más cuando son ellas las que están deprimidas. Por el contrario, las pacientes depresivas suelen adoptar una actitud agresiva, pasiva y regresiva respecto a sus maridos, lo que contribuye a que éstos las eviten, huyan de la situación y no les presten la atención que deberían.

El varón depresivo, en cambio, adopta una postura más dependiente respecto a su cónyuge sano, quien suele responder protegiéndole y manifestando actitudes maternales. En síntesis, que el estilo de comunicación en la pareja, cuando uno de ellos padece una depresión, está salpicado de tensión emocional, actitudes negativas y trastornos disfóricos que—por estar centrados, además, en problemas muy concretos e irrelevantes—, distorsionan el clima familiar en exceso hasta configurar una atmósfera irrespirable de alienación emocional.

En el ámbito de la familia, se protege al depresivo, a la vez que se le excluye de la organización familiar, exclusión que es percibida por el afectado como frustración y pérdida

de *status*, lo que suscita en él conductas agresivas hacia los otros miembros de la familia, perpetuándose así los conflictos (Gastó, Vallejo y Menchón, 1993; Polaino-Lorente, 1983b).

Aunque muchas de estas observaciones sean rigurosas, no obstante, debieran articularse mejor con los datos clínicos pues, de lo contrario, no pueden generalizarse y su eficacia predictiva respecto de las estrategias terapéuticas de intervención que deben emplearse son más bien limitadas.

De todas formas, los resultados anteriores coinciden parcialmente con los obtenidos por el grupo de New Haven, en los años setenta (Weissmans y Paykel, 1974). El resultado obtenido en amas de casa americanas depresivas es en este punto concluyente: disminución de la comunicación, aumento de la dependencia y de los conflictos conyugales y tendencia a controlar al otro, a través de sus manifestaciones sintomáticas. En esta investigación se encontraron también diferencias significativas entre el hombre y la mujer depresivos: el grado de afectación de las relaciones sociales es más global y holístico en la mujer que en el hombre, la recuperación de esas relaciones, una vez superada la depresión, es más lenta también en la mujer que el hombre, y su adaptación social, tras superar la enfermedad, es menos satisfactoria que en el hombre.

Los anteriores hechos podrían te-

ner un cierto alcance explicativo de la mayor incidencia de depresión en la mujer y del hecho de que sufra más recaídas que el hombre (Polaino-Lorente, 1983a). Nada de particular tiene que la exposición más prolongada a los anteriores factores empobrezca o arruine su competencia y habilidades sociales y que al alterarse sus relaciones interpersonales, la mujer se refugie más en el medio familiar, un medio éste que, en tales condiciones, en absoluto puede contribuir a la superación de su trastorno depresivo. No resulta extraño tampoco que haya una mayor incidencia de depresión infantil entre los hijos de madres depresivas que de padres depresivos (Polaino-Lorente, 1987), independientemente de que en esa mayor incidencia puedan intervenir otros factores no controlados en éstas y en otras investigaciones como, por ejemplo, la interacción y el apego hijos-madre e hijos-padre. Desde la perspectiva de la vulnerabilidad social, la pérdida temprana de uno o ambos progenitores puede considerarse como un poderoso factor de riesgo depresivo (Polaino-Lorente, 1987). En un grupo de 458 mujeres diagnosticadas de depresión crónica o aguda, el 22% habían perdido a sus madres y el 17% a sus padres, antes de los 11 años. En el grupo control de mujeres no deprimidas este indicador se daba sólo en el 6 y 12%, respectivamente. Sin embargo, este factor aislado no parece tener suficiente peso como para desencadenar la depresión,

sino que es preciso que se añada a otro factor. Cuando otro factor desencadenante se asocia en aquellas mujeres que han perdido a sus madres, antes de los 11 años, el riesgo de depresión aumenta en un 46%. Junto a la muerte de uno de los padres debe considerarse también la separación de uno de ellos, durante un año o más, antes de los 17 años de edad; la pérdida de uno de los hermanos, entre 1 y 17 años de edad; y a cualquier edad, la muerte del cónyuge. Estos factores de riesgo correlacionan con otros factores de vulnerabilidad depresiva como tener tres o más hijos en el hogar, escasa intimidad con el marido y ausencia de amigas con las que comunicarse a nivel confidencial. Los anteriores factores suelen contribuir, indirectamente también, a configurar unas relaciones conyugales insatisfactorias. En primer lugar, porque favorecen el moldeamiento de una personalidad alterada y, en segundo lugar, porque generan sentimientos de inseguridad y culpabilidad (Polaino-Lorente, 1991) en la mujer joven, que tratará de superarlos y se casará muy precozmente para aliviar así su necesidad de protección, lo que, por otra parte, no augura unas relaciones conyugales felices. Los datos anteriores, sin embargo, no debieran considerarse como factores suscitadores específicos de la enfermedad depresiva y mucho menos de las depresiones resistentes. De hecho, por sí solos son insuficientes para explicar la patología

de la depresión. Su alcance explicativo es mayor y más plausible en aquellos trastornos depresivos atípicos, no vinculados a factores biológicos y en pacientes donde de alguna manera estén presentes los trastornos de personalidad, es decir, justamente en las depresiones que, de ordinario, peor responden a los tratamientos farmacológicos. Pero conviene no olvidar que en muchas de las actuales investigaciones disponibles no se han evaluado ciertas características positivas de estas personas, que podrían ser consideradas como factores neutralizantes del riesgo depresivo y, en consecuencia, desempeñar el papel de factores que incrementan la resistencia al padecimiento de depresión.

En cualquier caso, Andrews y Brown (1987) consideran que el riesgo a padecer una depresión crónica está asociado en la mujer a las tres variables facilitadoras siguientes: ausencia de soporte social, baja autoestima y privación afectiva precoz por pérdida o separación parental. Este mismo grupo encontró, en un trabajo anterior, que la recuperación de las pacientes depresivas crónicas con frecuencia iba precedida por la presencia de acontecimientos neutralizantes.

Para Hirschfeld y cols. (1986), la única variable predictiva de cronicidad encontrada en 90 pacientes con depresión mayor, fue el neuroticismo y eran irrelevantes tanto la pérdida parental precoz como los acontecimientos vitales estresan-

tes y la ausencia de soporte social. Por su parte, Matussek y Wiegand (1985) encontraron, en una muestra de 95 depresivos endógenos y 57 depresivos neuróticos, que lo que más condicionaba el neuroticismo en la mujer era la infidelidad de sus padres y el divorcio o la separación (Gastó, Vallejo y Menchón, 1993; Polaino-Lorente, 1981).

Respecto de la mayor o menor relevancia del soporte social en relación con la depresión neurótica, hay demasiadas cuestiones que no han sido resueltas. De una parte, es preciso evaluar la calidad del soporte social, habida cuenta de su amplia versatilidad en los diferentes grupos humanos. De otro lado, el déficit en habilidades sociales —lo que necesariamente comporta una mayor ausencia de soporte social— está presente en muchos sujetos antes de que aparezca el cuadro depresivo. Y este déficit suele correlacionar de forma significativa con una baja autoestima, lo que tal vez pudiera interpretarse como un efecto de la depresión durante un prolongado período en que cursa subclínicamente (Polaino-Lorente, 1988; Polaino-Lorente y Buceta, 1982; Polaino-Lorente y García Villamizar, 1983, 1984 y 1985).

De verificarse esta hipótesis, habría que concluir justamente lo contrario: que la ausencia de soporte social no es causa de la depresión sino consecuencia de ella. También podría suceder que el mayor o menor soporte social fuera del todo independiente de la aparición del cua-

dro depresivo y que, en cambio actuase como una variable moduladora de su expresión sintomatológica: a menor soporte social mayor expresividad sintomática.

Por último, resulta inviable en la práctica de disección, individuación y apresamiento de cada uno de los factores psicosociales a los que se ha aludido anteriormente, de manera que pueda estimarse de forma rigurosa cuál es el papel que desempeñan tanto en el origen como en la perpetuación de las depresiones resistentes.

De hecho, ambos factores se concitan con harta frecuencia en los pacientes con DR e interactúan entre sí, reobrando unos en otros (¿sumándose, neutralizándose, multiplicándose?).

De aquí que sea necesario esperar a futuras investigaciones para que se establezca de un modo riguroso, si ello es posible, el peso relativo y/o absoluto de cada uno de estos factores, independientemente considerados, así como también el juego de las sinergias y antagonismos que puedan acontecer entre ellos, cuando se les considera de forma conjunta e inciden en un determinado paciente.

Hasta que esto no pueda establecerse, hay que concluir que el bajo soporte social incrementa la vulnerabilidad a la depresión sólo en aquellos pacientes que han estado expuestos a acontecimientos vitales inevitables y estresantes, durante un período prolongado de tiempo (Catalán, 1990).

FARMACOTERAPIA, PSICOTERAPIA Y FACTORES PSICOSOCIALES

La relevancia alcanzada en la última década por los factores psicosociales en lo que se refiere a los trastornos afectivos tiene una cierta deuda contraída con las terapias cognitivas (Prolaino-Lorente, 1983b y 1987). Aunque a su vez, las terapias cognitivo-conductuales, probablemente no habrían llegado jamás a emplearse en la clínica de la depresión, de no haberse dispuesto de un cambio de paradigma en la investigación básica y después de la introducción innovadora del concepto de *learned helplessness* (véase a este respecto Vázquez y Polaino-Lorente, 1981, 1982; Polaino-Lorente, y Vázquez, 1982a y b; Polaino-Lorente, 1986 y 1991).

Así, por ejemplo, para Ezquiaga Terrazas y García López (1986), ni los acontecimientos vitales ni los factores estresantes parecen influir o predecir la respuesta terapéutica en un grupo de 77 pacientes diagnosticados de depresión mayor, de acuerdo con los criterios de DSM-III. Los autores concluyen que los factores estresantes crónicos, por ellos estudiados, que siguen incidiendo sobre el paciente en el curso del tratamiento no parecen hacerlo de modo significativo sobre la respuesta terapéutica del paciente. Algo análogo sucede respecto a los acontecimientos vitales, también estudiados por ellos, a los que, no

obstante, se les atribuye un mayor énfasis etiológico depresivo por otros autores. En esta publicación, los autores se refieren explícitamente a los acontecimientos vitales independientes de la patología psíquica, que son previos al inicio de la sintomatología depresiva, y a aquellos otros no controlables. En esta muestra ninguno de los factores antes aludidos parecen influir sobre la respuesta terapéutica.

Por su parte, Thase y Howland (1994) estudiaron las posibles relaciones existentes entre los factores psicosociales y las DR. Los autores encontraron que las DR estudiadas estaban asociadas a las siguientes características: presencia en los pacientes de rasgos neuróticos de la personalidad, un alto nivel de actitudes disfuncionales y persistencia de acontecimientos vitales estresantes. A lo que parece, según ellos, puede establecerse un perfil predictivo diferencial entre los pacientes que responderán o no al empleo de psicofármacos o cuya respuesta será muy pobre a la acción de la psicoterapia, sobre todo, en esta investigación, a la terapia cognitivo-conductual y a la terapia interpersonal.

Los rasgos más elocuentes entre los pacientes no respondedores a la terapia cognitiva fueron los siguientes: cronicidad de la enfermedad, alto nivel de actitudes disfuncionales, soltería y presencia de comorbilidad por concurrir de forma simultánea otros diagnósticos. Según los resultados obtenidos en esta inves-

tigación, sólo respondieron a la terapia cognitiva entre el 25 y el 50% de los pacientes con DR, a condición de que se empleara ésta al inicio del tratamiento.

Por el contrario, entre los pacientes no respondedores al tratamiento farmacológico, las características encontradas con mayor frecuencia fueron las siguientes: trastornos graves y rasgos neuróticos de la personalidad, alto nivel de actitudes disfuncionales e inadecuado soporte social. Los datos anteriores están a favor de la presencia de dos perfiles muy diferentes entre los pacientes no respondedores a una otra terapias.

Phillips y Nieremberg (1994), reconocen que en los pacientes con DR, en los que concorra un trastorno *borderline* de personalidad debería estar indicada la asociación de farmacoterapia y tratamientos psicosociales, pues con la intervención aislada de uno solo de ellos, resulta mucho más difícil obtener un resultado terapéutico satisfactorio. En una reciente investigación realizada por el autor de estas líneas (Polaino-Lorente, Maldonado Buitrago y Barceló Iranzo, 1991, 1992 y 1993), en la que se trataron tres grupos de 8 pacientes con terapia cognitiva, psicofarmacoterapia y terapia mixta, respectivamente, se encontró una mayor eficacia en la estrategias farmacológicas que en la terapia cognitiva—cuando cada una de ellas se empleaba de forma aislada—, en especial en lo que se refiere a la duración y coste econó-

mico de estas intervenciones. De hecho, aunque en el grupo de pacientes sometido a terapia mixta se obtuvo una respuesta terapéutica significativa, no obstante, se encontró un número mayor de pacientes respondedores (50%) en el subgrupo en el que sólo se empleó terapia psicofarmacológica, sin apoyo alguno de terapia cognitiva. En esta investigación se comparan los resultados obtenidos con tratamientos farmacológicos empleados por otros autores, consistentes en un *coktail 5-HT* (asociación de fenelcina, 1-triptófano y litio; Barker y cols., 1987), en pacientes con depresión crónica y refractaria a los anti-depresivos tricíclicos.

Por otro lado, algunos de los rasgos psicológicos que presumiblemente son modificados por la terapia cognitiva (síntomas cognitivos de la depresión, autoestima y *locus* de control), también son modificados, de modo muy eficaz, por el tratamiento psicofarmacológico. Según nuestros resultados, tanto la autoestima como la autoevaluación cognitiva de la sintomatología depresiva (mediante el cuestionario de Beck) mejoraron en los pacientes tratados sólo con fármacos. Estas dos características, no obstante, nunca llegaron a alcanzar—al menos durante un período de seguimiento postratamiento de seis meses de duración— los niveles obtenidos en las personas no depresivas del grupo control con las que se les comparó. Esto hace suponer a los autores que tal vez las variables

cognitivas puedan tener un mayor alcance explicativo en lo que se refiere a la evolución clínica de los pacientes con DR.

De un modo análogo, los pacientes tratados exclusivamente con fármacos modificaron también de forma significativa su *locus* de control (disminución de las atribuciones de externalización), al final del estudio. En síntesis, que el tratamiento exclusivamente farmacológico consigue suscitar o instaurar un cierto grado de internalización en el *locus* de control de estos pacientes, lo que se trasluce también como una mejora en su estilo atribucional y en la asertividad experimentada por ellos. En este punto, el tratamiento farmacológico consiguió hacer emerger una nueva reestructuración cognitiva del paciente que, por los demás, permaneció estable durante el seguimiento y con unos niveles de internalización (escala de Rotter) que, en la práctica, nada difieren de los resultados obtenidos en las personas sanas del grupo control.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES DE LA DEPRESION

Otra cuestión que debiera afrontarse con mayor profundidad, en el futuro, es la relativa a las consecuencias que la DR genera en las relaciones sociales e interpersonales de los pacientes. Es decir, lo que se

refiere, a la doble vinculación existente entre los factores psicosociales y la DRT. Hasta la actualidad, se ha concedido un mayor énfasis al papel etiológico de los factores psicosociales en el ámbito de la DR, mientras que se ha silenciado o infraestimado el papel que la DR desempeña en el deterioro de la dimensión psicosocial del enfermo depresivo crónico.

Así, por ejemplo, se ignora cuáles son las consecuencias de la DR del paciente respecto a sus relaciones interpersonales, su vida familiar, la convivencia conyugal, la adaptación profesional y vocacional, la dinámica de la personalidad y la educación de sus hijos. Esto adquiere mayor gravedad en el supuesto que las DR pueden generar también efectos, por su cronicidad, en los familiares y personas más allegadas al paciente, a través, precisamente, de sus relaciones con él.

Por mi parte demandaría una mayor atención, en lo sucesivo, respecto de las alteraciones psicosociales en los familiares, generadas como consecuencia de la presencia en el hogar de un paciente con DR (Polaino-Lorente, 1984; para una reciente revisión, cfr., Gastó, Vallejo y Menchón, 1993, pp. 71-75).

BIBLIOGRAFIA

Andrews, B; Brown, GW: Social Support, onset of depression and personality: an exploratory analysis. *Social Psychiatry*. 1987; 23: 99-108.

Barker, W; Scott, J; Eccleston, D: Newcastle chronic depression study: results of a treatment regime. *International Clinical Psychopharmacology*, 2, 261-272, 1987.

Catalán, R: Factores de Riesgo. Aspectos Psicosociales. En: Vallejo Rubiola, I; Gastó Ferrer, C (Eds): *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Salvat. Barcelona, 193-213, 1990.

Ezquiaga Terrazas, R; García López, A: Factores psicosociales y respuesta terapéutica en la depresión. *Psiquis*, VII, 265-286, 1986.

Gastó, C; Vallejo; Menchón, M: *Depresiones crónicas*. Doyma. Barcelona, 1993.

Hirschfeld, RMA; Klerman, GL; Andreasen, NC; Clayton, PJ; Keller, MB: Psychosocial predictors of chronicity in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*. 148, 648-654, 1986.

Keitner, G; Miller, I; Epstein, I; Bishop, D: Family Process and the Course of Depressive Illness. En: Keitner G. ed. *Depression and Families Impact and Treatment*. Washington, American Psychiatric Press. 2-29, 1990.

Matussek, P; Wiegand, M: Partnership problems as causes of endogenous and neurotic depressions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71,95-104, 1985.

Phillips, KA; Nierenberg, AA: The assessment and treatment of refractory depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 55(2, Suppl): 20-26, 1994.

Polaino-Lorente, A; Barceló, M; Maldonado, CL: Modificaciones sintomatológicas en una muestra de pacientes depresivos sometidos a tratamiento farmacológico. *Psiquis*, 14, 259-266, 1993.

Polaino-Lorente, A; Maldonado, CL; Barceló, M: Evolución sintomatológica mediante evaluación con el BDI de diversas muestras de pacientes depresivos, sometidos a estrategias terapéuticas farmacológica y de terapia cognitiva. *Psicopatología*, 12,8-14, 1992.

Polaino-Lorente, A: Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 173-184, 1991a.

Polaino-Lorente, A: Il senso di colpa non patologico. En A. Lambertino (a cura di): *Al di del senso di colpa? gli interrogativi del dopo-Freud*. Citta Nuova Editrice. Roma, 113-128, 1991b.

Polaino-Lorente, A; Barceló, M; Maldonado, CL: Versatilidad atribucional y tratamiento farmacológico de la depresión. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 18, 4, 173-184, 1991.

Polaino-Lorente, A: El tema del autoconcepto y sus implicaciones en las investigaciones clínicas. En: VV. AA.: *Identidad, normal y diversidad*, Ed. Universidad del País Vasco. San Sebastián, 29-52, 1988.

- Polaino-Lorente, A (Dir.): Las depresiones infantiles, Ed. Morata. Madrid, 1987a.
- Polaino-Lorente, A: Terapia cognitiva y conductural en la depresión: Una revisión polémica y crítica. En: V.V. A.A.: Terapias conductuales y cognitivas en psicopatología infanto-juvenil. Ed. Alhambra. Madrid, 91-119, 1987b.
- Polaino-Lorente, A: Terapia farmacológica y psicoterapia: Una alternativa combinada para el tratamiento de la depresión. Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, XIII, 3, 135-147, 1986.
- Polaino-Lorente, A: Factores socioculturales depresógenos y psicopatología de la depresión. Formación Psiquiátrica, IV 1, 89-135, 1985b.
- Polaino-Lorente, A; García Villamizar, D: Análisis del estilo atribucional entre sujetos no depresivos, desvalidos y normales. Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, XII: 7-25, 1985.
- Polaino-Lorente, A: Depresión: actualización psicológica de un problema clínico. Alhambra. Madrid, 1984.
- Polaino-Lorente, A; García Villamizar, D: Análisis experimental de los déficit motivacionales y cognitivos del "Learned Helplessness" en una muestra de adolescentes no depresivos. Cuadernos de Psicología, 8-2, 7-34, 1984.
- Polaino-Lorente, A; García Villamizar, D: Déficit motivacionales y cognitivos a partir de la percepción de la ineffectividad de las propias respuestas: Un estudio controlado con humanos. Revista de Psicología General y Aplicada, 38, 4, 715-150, 1983.
- Polaino-Lorente, A: Personalidad depresiva: Planteamiento actual desde la psicología atribucional. Galicia Clínica, 7-8, 391-406, 1983a.
- Polaino-Lorente, A: Algunos aspectos de las terapias comportamental y cognitiva en el tratamiento de las depresiones reactivas. En: Mayor, J. y Labrador, F.J. (ed): Manual de modificación de conducta. Alhambra Universidad. Madrid, 661-690, 1983b.
- Polaino-Lorente, A; Buceta, JM: Déficit de autoestima y de tipo emocional del "Learned helplessness" en un estudio experimental con estudiantes no depresivos y depresivos leves. Análisis y Modificación de Conducta, 8, 18, 191-211, 1982.
- Polaino-Lorente, A; Vázquez, C: La indefensión aprendida en el hombre. Revisión crítica y búsqueda de un algoritmo explicativo. Estudios de Psicología, 11, 69-89, 1982a.
- Polaino-Lorente, A; Vázquez, C: La indefensión aprendida: ¿Un modelo experimental de depresión? Revista del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona, IX 3, 175-193, 1982b.
- Polaino-Lorente, A: El síndrome depresivo por separación matrimonial (SDSM). Galicia Clínica, 5, 286-295, 1981.
- Thase, AU; Howland, RH: Refractory depression: relevance of psychosocial factors and therapies. Psychiatric Annals, 24(5), 232-240, 1994.
- Vázquez, C; Polaino-Lorente, A: Indefensión aprendida ("Learned Helplessness"): Un modelo experimental animal. Revisión crítica. Psiquis, 5, 169-180, 1981.
- Vázquez, C; Polaino-Lorente, A: Reformulación del modelo "Learned Helplessness" desde el punto de vista de la psicología atribucional. Revista de Psicología General y Aplicada, 37, 1, 13-29, 1982.
- Weissmans, M; Paykel, E: The depressed Woman: A Study of Social Relationships. Chicago University of Chicago Press, 1974.