

PRINCIPIOS Y VALORES PROTOTÍPICOS DE LA DEPRESIÓN EN MUJERES

LEONARDO YOVANY ALVAREZ RAMÍREZ*
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO UDI. COLOMBIA

Recibido: 12 de abril de 2013

Aprobado: 15 de junio de 2013

Resumen

El objetivo de este estudio fue caracterizar el repertorio de valores prototípicos de la depresión en un grupo de 30 mujeres adultas diagnosticadas con depresión, en la ciudad de Bucaramanga (Colombia). Se realizó un estudio ex post facto retrospectivo de casos y controles, utilizando auto informe. Los resultados confirman la presencia de un conjunto de valores específicos en los sujetos depresivos, con un $X^2=7,6256$, superior al esperado ($X^2= 4,660$), con una $p\leq 0.99$ y $gl=28$. Dichos valores fueron: Certidumbre, seguridad, predictibilidad, autosuficiencia, auto valía, aprobación, eficacia, suficiencia, auto imposición.

Palabras clave: Depresión, valores, psicoterapia.

DEPRESSION PROTOTYPICAL PRINCIPLES AND VALUES INTO A FEMALE GROUP

Abstract

The objective of this study was to characterize the depression set of prototypical principles and values into a 30 adult depressive-diagnosed females group, in the city of Bucaramanga (Colombia). A cases and controls, retrospective ex post facto study was done, using a validated self-report. The results confirm the presence of a set of specific depression values and principles in depressive participants, with $X^2=7, 6256$, higher to one expected ($X^2= 4,660$), with a $p\leq 0.01$ and $df=28$. Those prototypical values were: Certainty, safety, predictability, self -sufficiency, self esteem, approving, efficacy, and self imposition.

Key words: Depression, values, psychotherapy.

Introducción

La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) propone que las personas se trastornan debido a las interpretaciones irracionales que hacen de los acontecimientos que ocurren en sus vidas (Ellis, 1993); así, un conjunto de creencias autoderrotistas, se hallan vinculadas a patrones dogmáticos interpretativos y de acción que generan perturbación emocional (Ellis, 2002). Estas creencias irracionales tienen un trasfondo ilógico que funciona bajo supuestos no confirmados de la vida de la persona (Dryden, 2009). En general, el modelo del A-B-C plantea que las creencias dogmáticas y absolutistas interfieren la interpretación de los acontecimientos de la vida, trayendo consecuencias

perturbadoras, emocionales y conductuales (Dryden, David, & Ellis, 2009).

El interés terapéutico de la TREC se ha centrado en las propiedades de contenido e interpretación de dichas creencias irracionales (Bernard, 1991; Shedler, Mayman, & Manis, 1993; Dryden, 1994). También se han enfocado en el análisis del proceso inferencial y de razonamiento en la depresión (Bond & Dryden, 2000; Dryden & Neenan, 2004, 2006; Alvarez, 2013). En este sentido, algunos autores han postulado tres patrones cognitivo/emocionales, constituidos por creencias irracionales, característicos para la depresión (Hauck & McKeegan, 1997), en concreto, proponen un primer patrón inferencial que denominan autoinculpación: "He fracasado, pecado o herido accidentalmente a otro", "debería ser perfecto y no hacer cosas

* Psicólogo Universidad Antonio Nariño. Especialista en Desarrollo Intelectual .Universidad Autónoma de Bucaramanga. Correo electrónico: leonardoalvarez64@gmail.com

malas” (Demanda auto dirigida absolutista); en consecuencia: “Soy una persona mala y merezco un castigo” (conclusión evaluadora absolutista). Un segundo patrón de pensamiento es la auto-compasión: “Se me ha impedido hacer mi propio camino; debo lograr lo que deseo”, “sería terrible que no lo lograra”...Pobre de mí!. “Un tercer patrón de pensamiento propuesto por estos autores es la compasión ajena, el cual, dicen que podría seguir un guión del tipo: “Alguien ha sufrido una desgracia grave”; “las cosas malas no deberían suceder a los que no se las merecen, el mundo es un lugar horrible por permitir que sucedan tales cosas” (Hauck, 1971; Walen, Di Giuseppe, & Dryden, 1992).

Es inexistente el material que explique, o al menos haga alusión a la manera como los valores intervienen en los procesos de inferencia y razonamiento en la depresión guiando operaciones cognoscitivas tales como la comparación, su naturaleza, propiedades, estructura y mecanismos; tampoco, que aluda a los procesos mediante los cuales, las personas con depresión optan o eligen mantener ciertas creencias sabiendo que existen otras que son más funcionales y adaptativas; es decir, parece ser que el fenómeno que ancla las creencias y razonamientos inferenciales en la depresión, responde a un conjunto de valoraciones y operaciones afectivas que mantienen el sistema bajo unos parámetros de funcionamiento, de los cuales éste parece no poder moverse, al menos de manera estable y prolongada. Esto hace suponer que los procesos de jerarquización, comparación y elección están gobernados por principios absolutistas relacionados con el propio yo, la valoración de los demás y del mundo. En este sentido, y particularmente la TREC (Ellis, 1993) no contempla dentro de sus opciones de intervención un debate que afecte de manera específica a un núcleo de valores prototípicos en la depresión, asunto que se consideraría necesario e importante en el proceso de cambio en dicho trastorno.

El presente estudio *ex post facto* de casos y controles pretende establecer la presencia de un conjunto de valores y principios prototípicos en la depresión que presentan un grupo de personas con dicho trastorno, mediante sus autos reportes de validación convergente, respecto a un repertorio de dilemas en los cuales se pone a prueba su estructura valorativa y axiológica.

La hipótesis de trabajo es que los participantes con depresión, diferirán de los no depresivos en su identificación con el repertorio prototípico de valores depresivos.

Método

Se llevó a cabo un tipo de estudio *ex post facto* de casos y controles, sometiendo a la variable de prueba, esto es, a la identificación con los valores prototípicos de depresión, tanto a los participantes con el trastorno (casos), como a los participantes sin depresión (Controles).

Participantes

Se incluyeron en el estudio 30 participantes, mujeres adultas, de estrato socio económico 4, profesionales, con edades entre 26-29 años, residentes en la ciudad, diagnosticadas con depresión mayor desde hace 13 y 14 meses, participantes voluntarias de algunos centros de atención en salud mental de la ciudad, elegidas por conveniencia. El grupo de controles estuvo constituido por 30 mujeres, con las mismas características a excepción del diagnóstico de depresión mayor. La técnica de apareo igualó los dos grupos en relación con la variable crítica que se controló mediante el criterio diagnóstico de depresión mayor del DSM-IV TR®, también con los puntajes en la escala de depresión de Beck (validada en castellano por Sanz & Vázquez, 1998); que estuvieran entre 31 y 32, y, entre 20 y 21 en la escala Hamilton (Ramos-Brieva, 1986).

Instrumentos

Auto informe de valores prototípicos en pacientes con depresión mayor. (Alvarez, s.f) (Ver anexo 1).

Es un instrumento en el cual se presentan juicios, estimaciones, preferencias, elecciones y decisiones que tomarían las personas con depresión ante 8 dimensiones valorativas prototípicas de éste trastorno. El participante debe elegir una de las 5 alternativas de acuerdo o identificación con el enunciado así: 5= Me identifiqué totalmente, 4= Me identifiqué, 3= Ni me identifiqué, ni no me identifiqué, 2= No me identifiqué, 1= No me identifiqué en absoluto.

Lo conforman ocho dimensiones prototípicas valorativas y sus correspondientes principios implicados en el trastorno de depresión mayor: La dimensión de atribución interna de control: Principio de certidumbre y el valor de seguridad en sí mismo; dimensión de atribución externa de control: Principio de certidumbre y valor de seguridad en los demás y en el entorno; dimensión de auto imposición dogmática: Principio de lo establecido y valor de conservadurismo y la preservación del orden; dimensión de integridad-pérdida: Principio de individuación absoluta de lo demás y de

los demás y el valor de la diferenciación; dimensión de suficiencia: Principio restitución y valor de solvencia absoluta e inagotabilidad dimensión de eficacia: Principio de logro y valor el resultado, la utilidad; dimensión de valía personal: Principio de condicionalidad y valor de aprobación; dimensión de merecimiento: Principio de afirmación y valor de afirmación y posicionamiento.

El instrumento posee un coeficiente de confiabilidad alfa de Crombach, $\alpha=0.82$

Escala de Depresión de Hamilton. (Ramos-Brieva, 1986).

La Escala de Valoración de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (*Hamilton depression rating scale (HDRS)*) es una escala hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. Los puntos de corte son: No deprimido: 0-7; Depresión ligera/menor: 8-13; Depresión moderada: 14-18; Depresión severa: 19-22; Depresión muy severa: >23.

Escala de Depresión de Beck (1979).

Traducida y validada al español por Sanz y Vásquez (1998). Se usó la versión de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta para cada uno, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Quince ítems del cuestionario se refieren a componentes psicológicos y 6 a somáticos. La numeración de las alternativas de respuesta, y los enunciados de los distintos ítems estuvieron en un formato aparte del cuestionario para evitar influenciar las respuestas del paciente. Este selecciona, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de

síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son: No depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-18 puntos, depresión moderada: 19-29 puntos, depresión grave: Mayor de 30 puntos. La consistencia interna de la escala es de (alfa de Crombach 0.76-0.95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0.8$.

Procedimiento

La primera etapa consistió en contactar de manera personal a cada participante escogido por conveniencia de algunos centros de atención en salud mental de la ciudad, para presentarle el objetivo del estudio, sus condiciones y características y establecer su posibilidad y compromiso de participación previo consentimiento informado. Luego, se aplicaron los criterios del DSM IV (Frances, Pincus, & First, 2008), la Escala de depresión de Hamilton (Ramos-Brieva, 1986) y la Escala de Depresión de Beck, 1979 (Sanz & Vásquez, 1998) a fin de reunir los criterios de pareamiento para la asignación de los sujetos a los grupos de casos y controles respectivamente.

Una vez completado el grupo de 30 participantes y obtenido su consentimiento, se aplicó el auto informe de valores prototípicos en pacientes con depresión mayor (Creado para este estudio). Se explicó el diligenciamiento y su propósito permitiendo las preguntas o inquietudes del participante al aplicador. Al terminar, se verificó el diligenciamiento completo de cada instrumento y se cerró el encuentro. Se registraron y procesaron los datos, aplicando los estadísticos de Ji-cuadrado para verificar si se aceptaba o no la hipótesis de trabajo.

Resultados

La tabla 1 Presenta los resultados de la aplicación de la prueba Chi-cuadrado en la cual se sometió a prueba la hipótesis de trabajo del presente estudio, acerca de si los participantes diagnosticados con depresión mayor (casos) se identificarían con un conjunto de valores y principios prototípicos de esta, a diferencia de los participantes sin diagnóstico de depresión (controles). Para tal efecto se aplicó la prueba Chi-cuadrado, la cual arrojó un valor de $X^2=7,6256$, que con una $p \leq 0.01$ y $gl=28$, fue superior al chi-cuadrado esperado $X^2= 2,704$, demostrando que se puede descartar la hipótesis nula y acoger la de trabajo, es decir, que

los participantes diagnosticados con depresión mayor, muestran un repertorio específico de valores y principios prototípicos depresivos con los cuales los no diagnosticados, no se identifican.

Tabla 1.

Chi-cuadrado para la identificación con los valores irracionales depresivos prototípicos.

Chi-cuadrado obtenido	Grados de libertad	Chi cuadrado Esperado
7,6256	28	2,704

P<0.01

En la tabla 2. Aparecen desglosados los valores y principios prototípicos de la depresión con los cuales se identificaron los pacientes diagnosticados con éste trastorno inscritos en 8 dimensiones o categorías inclusivas.

Estos principios y valores según cada dimensión fueron: En la dimensión de "atribución interna de control", el principio de certidumbre y el valor de seguridad en sí mismo, indicando que los participantes con depresión mayor del estudio dan gran valor a tener información constante sobre lo que hacen, sobre lo que pasa, sobre sus actos, sobre los actos de los demás, para poder desenvolverse en su entorno social, esto parece brindarles seguridad, lo cual valoran de manera extrema en su experiencia.

En la dimensión de "atribución externa de control" reaparece el principio de predicción y el valor de la seguridad pero en este caso, en los demás, es decir, los participantes depresivos del estudio consideran que deben estar siempre muy seguros de los demás, de sus actos, de sus reacciones, quieren predecirlos constantemente; esperan que los demás les den seguridad, apoyo, refugio de manera absoluta. Este valor y principio guía la exigencia de fidelidad, congenialidad, comprensión y ayuda de los otros.

En la dimensión de "auto imposición dogmática", los participantes depresivos del estudio parecen valorar profundamente su responsabilidad en

lo que hacen; en su comprensión de la causalidad, suponen que la persona determina la totalidad de lo que le pasa, por lo cual asume responsabilidades más allá de sus posibilidades. Valora el deber antes que el placer siendo indolente, crítico en exceso e indolente.

En la dimensión de "integridad-pérdida", los participantes del estudio se identificaron con el valor que le dan a su auto conservación física, moral, social, por lo cual temen la ofensa, la crítica, el menoscabo pues son formas de daño personal que llegan a creer irreparable.

La dimensión de "suficiencia" posiciona el principio de capacidad y el valor de solvencia en una alta jerarquía en los participantes depresivos y los llevan a querer tener siempre la respuesta, la solución, los recursos para solventar sus necesidades y a sentirse insuficientes cuando no los tienen; esto lleva a que desarrollen por su cuenta muchas capacidades que les permitan auto solventarse.

En la dimensión de "eficacia", el principio es el logro, se valora el resultado, la utilidad de lo realizado.

En la dimensión de "valía personal", los participantes depresivos del estudio se identificaron con el principio de condicionalidad, que quiere decir que someten su valor propio a diferentes condiciones estéticas, de poder, de capacidad, entre otras, las cuales, si son alcanzadas, les dan un sentimiento de autoestima. Esto derivaría en culpas y vergüenzas inadmisibles cuando no se alcanzan los estándares con los que pueden condicionarse a si mismos.

Finalmente, en la dimensión de "merecimiento" los participantes depresivos del estudio dan un gran valor a tener méritos, como prerequisite a la obtención de privilegios, posibilidades o beneficios sociales, materiales.

En síntesis, los valores prototípicos depresivos identificados en el grupo estudiado (casos) muestra que sus juicios y decisiones exhiben características específicas: Son absolutistas, por lo tanto al valorar las situaciones, actos y relaciones con los demás, lo hacen en función de pocas alternativas, recurriendo a las jerarquías más abstractas, eliminando opciones posibles.

Tabla 2

Valores y principios prototípicos en la depresión.

Dimensiones	Valores y principios prototípicos depresivos	Función del valor para el sujeto
ATRIBUCION INTERNA DE CONTROL	Principio: Predicción, certidumbre. Valor: Seguridad. Necesidad absoluta de controlar (angustia de saber)	Otorgan control de sí mismo. Amplían la conciencia de sí mismo. Le permiten predecirse.
ATRIBUCION EXTERNA DE CONTROL	Valor: Seguridad. Principio: Predicción, certidumbre. Necesidad absoluta de controlar (angustia de saber)	Otorgan control, conocimiento y predicción de los demás.
AUTOIMPOSICION DOGMATICA	Principio: Ser perfecto. Valor: La perfección, la armonía.	Reduce la ambigüedad y lo incongruente de su ser.
INTEGRIDAD-PERDIDA	Principio: Completud. Valor: Preservación física y emocional. Necesidad absoluta de superar las faltas. (angustia de ser)	Lo lleva a ser consciente de sus faltantes, de su incompletud como persona
SUFICIENCIA	Valor: Ser solvente. Principio: Provisión. Necesidad absoluta de tener.(angustia de tener)	Lo hace aprovisionarse con recursos, personales, materiales o sociales para cuando hagan falta.
EFICACIA	Valor: El resultado. Principio: Logro. Necesidad de lograr. (angustia de realizar)	Satisfacción conativa.
VALIA PERSONAL	Valor: Reconocimiento. Principio: Incondicionalidad. Necesidad de reconocimiento. (Angustia de aprobación).	Le permite autoafirmarse.
MERECIMIENTO	Valor: Validación. Principio: Legitimidad. Necesidad de valer (angustia de valer).	Legítima, válida, dignifica, da un lugar con respecto a otros (Valer para otros y si mismo).

Discusión

Los resultados obtenidos muestran en las participantes con depresión mayor de este estudio la presencia de un repertorio prototípico de valores con los cuales juzgan y deciden en sus vidas. Dichos valores exhiben restricciones en su rango de acción que hacen que sus

experiencias sean constreñidas, dogmáticas, inflexibles, monotemáticas para resolver las diferentes situaciones de la vida o para conducir las relaciones con los demás.

Las participantes depresivas del estudio muestran que estar orientados, es decir, tener referencia de sí

mismos y de su lugar en el entorno y con respecto a los demás es fundamental en sus vidas pues de esta carencia derivan sentimientos de incertidumbre y descontrol que afectan seriamente sus vidas. En este sentido, la incertidumbre respecto de las acciones e intenciones de los demás se hace un asunto de difícil afrontamiento para estas personas, teniendo en cuenta que la disponibilidad y accesibilidad a dicha información es asincrónica, en muchas oportunidades e incompleta, lo cual deja un margen de desconocimiento social permanente que es concomitante a la relación social.

Por otra parte, la valoración de los otros como potenciales fuentes de seguridad, apoyo, refugio, atención o cuidado implica que se juzga al otro como un proveedor de beneficios que no resulta compatible con otras características potenciales que tienen las personas en su comportamiento, es decir, su potencial hostilidad, capacidad de daño, abuso, negligencia y demás comportamientos propios del repertorio humano.

En la dimensión de “auto imposición dogmática”, las participantes depresivas del estudio muestran el valor que dan en exceso a las obligaciones y el sentido de responsabilidad, lo cual los hace proclives a decepcionarse de sí mismos y de otros fácilmente en una realidad donde diferentes comportamientos escapan al control consciente de los individuos y en otros casos quedan en el terreno de la elección.

En la dimensión de integridad-pérdida los participantes del estudio muestran la forma como la auto conservación física, moral, social, son altamente valoradas; se teme la ofensa, la crítica, el menoscabo pues son formas de daño personal irreparable. En este sentido, la valoración de la integridad es la contracara del temor por la pérdida siempre presente en el trastorno depresivo. Ligado a esto se halla en la dimensión de suficiencia, el valor que se otorga a la solvencia, a contar con los medios para dar curso a los actos, a las respuestas, a las necesidades, es el miedo a no tener, a no poder suplir, a no ser suficiente para si o para los demás.

En la dimensión de eficacia, los participantes depresivos del estudio mostraron una valoración dogmática del logro en la medida en que consideran que el mundo tiene la medida final de las cosas en él, en la evidencia, en la concreción de un ideal; es un valor orientado a lo pragmático y volver realidad las ideas, pero al frustrarse cuando ello no se consigue fácilmente.

Con respecto al principio de condicionalidad con que se ven a sí mismos, los participantes depresivos del estudio muestran la notoria valoración que hacen

de la perfección, de la armonía en sí mismos, queriendo vivir sus vidas sin la presencia del error, de lo paradójico, de lo imperfecto; de alguna manera una imposibilidad por incluir estos aspectos en la definición de su identidad personal.

Finalmente, en la dimensión de merecimiento los participantes depresivos del estudio dan un gran valor cumplir condiciones para poder acceder a distintos privilegios, bondades, posibilidades o condiciones de vida. Este aspecto muestra el valor otorgado a la dignidad humana, a los derechos personales, sociales, legales, a la legitimidad, como mecanismos que permiten al individuo vivir su condición como ser humano.

Estos valores en su conjunto, indican que en el grupo estudiado de personas con depresión mayor, presentan una negación de lo probable, de lo posible, de lo electivo, de lo contradictorio y de lo complejo y variado que hace parte del funcionamiento de la vida y las relaciones de las personas en el entorno. Todo lo anterior hace que se cree un desorden valorativo que afecta la priorización de los objetos en el mundo personal y social, ya que se crean interferencias para los juicios y toma de decisiones y priorizaciones en las elecciones de vida.

En este sentido, el estudio de los valores prototípicos que vuelven irregular el juicio y las estimaciones que las personas con trastorno depresivo mayor hacen en su vidas, se considera un aspecto fundamental en la intervención psicoterapéutica, ya que al centrarse en los contenidos valorativos, es decir, las dimensiones y tipos de valores afectados, ésta se puede focalizar de manera rápida y específica en la comprensión del mundo del afectado aportándole nuevos criterios para hacer sus valoraciones, sus comparaciones, jerarquizaciones, juicios y elecciones; asuntos en los cuales la psicoterapia puede resultar muy efectiva.

De ésta manera, puede apreciarse que en la depresión mayor, la operación valorativa de comparación, que permite reconsiderar la importancia de algún objeto de la experiencia emocional con respecto a otro tomado como referencia, es un foco de atención primordial para revalorar diferentes aspectos de la misma. De esta se deriva, a su vez, la operación de jerarquización de los objetos de la experiencia, es decir, en qué nivel de inclusión se van a colocar, en qué nivel de importancia van a estar con respecto a un criterio determinado.

En este aspecto, es necesario considerar que los valores son el centro de validación de las creencias del individuo, por lo tanto, funcionan por principios de

plausibilidad, es decir, qué tan congruentes son con la organización jerárquica de los objetos de la realidad de la persona, puesto que de allí proceden a normatizar el pensamiento, la emoción y la acción personales; para el caso de la depresión, a regular el mismo pensamiento, la forma de sentir y actuar de la persona con este trastorno.

Conclusiones

En general, el presente estudio muestra que el grupo de participantes con depresión mayor evaluado, exhiben un repertorio prototípico de principios y valores que guían su experiencia y que presentan unas características de rigidez que afectan la jerarquización de diferentes aspectos de sus vidas y que facilitan el mantenimiento del trastorno. Al ser los valores el referente con el cual la persona con depresión mayor valida sus creencias, la acción terapéutica sobre ellos se vuelve un factor fundamental en el tratamiento, para lo cual contar con un repertorio prototípico de valores depresivos a intervenir es un recurso útil para la psicoterapia.

Referencias

- Álvarez, L. (2013). Estructura y secuencia del razonamiento irracional en la depresión. *Revista Psicoespacios*, 7(10), 44-65.
- Alvarez, L. (s.f). *Auto informe de valores prototípicos en pacientes con depresión mayor*. Manuscrito no publicado. Corporación Universitaria de Investigación y Desarrollo (UDI), Bucaramanga.
- Bernard, M. (1991). *Using rational-emotive therapy effectively*. New York: Plenum
- Bond, F., & Dryden, W. (2000). How rational beliefs and irrational beliefs affect people's inferences: An experimental investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 33-43.
- Dryden, W. (1994). *Invitation to rational-emotive psychology*. London: Whurr Publishers.
- Dryden, W. (2009). *Understanding emotional problems: The REBT perspective*. Hove, East Sussex: Routledge.
- Dryden, W., David, D., & Ellis, A. (2009). Rational emotive behavior therapy. En K. Dobson. (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 31-197). New York. United States: Guilford.
- Dryden, W., & Neenan, M. (2004). *The rational emotive behavioural approach to therapeutic change*. London: Sage.

- Dryden, W., & Neenan, M. (2006) *Rational Emotive Behavior Therapy: 100 Key Points and Techniques*. Hove, United Kingdom: Routledge.
- Ellis, A. (1993). Rational emotive imagery: RET version. En M. Bernard & J. Wolfe (Eds.), *The RET source book for practitioners* (pp.8-10). New York: Institute for Rational Emotive Therapy.
- Ellis, A., (2002). *Overcoming resistance: a rational emotive therapy integrated approach*. New York. United States: Springer.
- Frances, A., Pincus, H., & First, M. (2008). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Hauck, P.A. (1971). An RET theory of depression. *Rational Living*, 6(2), 24-32.
- Hauck, P., & Mc Keegan, P. (1997). Aplicación de la REBT al tratamiento de la depresión. En J. Yankura & W. Dryden: *Terapia Conductual Racional Emotiva (TREC). Casos Ilustrativos* (pp. 48-112). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ramos-Brieva, J. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 14, 324-334.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Shedler, J., Maymann, M., & Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48(11), 1117-1131.
- Walen, S., Di Giuseppe, R., & Dryden, W. (1992). *A practitioners guide to rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press

Anexo 1.

Auto informe de valores prototípicos en la depresión

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de juicios, elecciones o decisiones que la gente puede tomar ante diferentes situaciones. Lea con atención cada enunciado Y MARQUE CON UNA "X", la alternativa con la que considere identificarse o estar de acuerdo, según su forma de pensar, sentir o hacer. Hay 5 alternativas de respuesta en cada enunciado: T.D: Totalmente en desacuerdo. D: En desacuerdo. Ni A ni D: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo. A: De acuerdo. T.A.: Totalmente de acuerdo. Sus respuestas son confidenciales. Responda la totalidad de los enunciados.

ENUNCIADO	T.D	D	Ni A-D	A	T.A
Si una tarea, reto o situación me desborda, prefiero abandonar el intento pues creo no poder con ella.					
Antes de empezar algo exigente siento que ya estoy derrotado, preferiría no hacerlo, pero si lo hago, soporto una gran carga.					
Prefiero pensar sin pausa en cómo solucionar un problema potencial o real, pues así controlo lo que pasa o puede pasar.					
Cuando emprendo tareas o relaciones, opto por monitorearlas permanentemente para poder saber a tiempo que hacer si se desbordan.					
Elijo intensamente, buscar información sobre las situaciones, la gente en un lugar pues así me siento orientado y se qué hacer					
Para orientarme en el entorno, opto porque los demás indefectiblemente me den información permanente de mi desempeño, de mi comportamiento, de lo que debo hacer o se espera de mi.					
Juzgo malas intenciones o perversidad hacia mi cuando las personas o las circunstancias me son adversas a mis propósitos.					
Los demás deberían tener siempre las respuestas a lo que no se o lo que necesito.					
Si las cosas se salen de las manos, prefiero buscar refugio, apoyo o arreglo definitivo que soluciones intermedias o temporales con los demás.					
Elijo excederme en mis esfuerzos o sobrepasar mis derechos, o que otros lo hagan, si así llego a un objetivo.					
Prefiero desatender mis necesidades con tal de que otros estén bien.					
Elijo dejar a otros beneficios que podría tomar para mí.					
Desestimo la gravedad de actos lesivos, arbitrarios que se hacen contra mí.					
Elijo mi propio malestar, incomodidad o afectación con tal de evitar líos con los demás.					
Prefiero encargarme yo mismo de cosas que otros dilatan o hacen mal, dándoles crédito por la tarea a los que no participaron.					
Si soy ofendido, desautorizado o abusado, elijo evitar o ignorar la afrenta o reivindicar mis derechos.					

Juzgo la ofensa o el abuso como un daño o menoscabo irreparable.					
Elijo no volver sobre una ofensa pues juzgo que nada puede hacerse después de cometida la transgresión o daño.					
Estimo que si he sido ofendido o avergonzado, no valgo nada y que soy un incapaz y amedrentable, cobarde y sin valor.					
Evalúo que los sentimientos afectados a alguien son irreparables aun con el perdón.					
Estimo que el daño emocional no se olvida y genera venganza.					
Estimo necesario tener lo que necesito siempre, si no me alcanzan los recursos para suplir las necesidades, me siento carente, pobre.					
Juzgo que debería tener la manera de solucionar mis problemas sin depender de nadie.					
Estimo que debería saber, poder y tener para suplir mis requerimientos de todo tipo en mi vida.					
Estimo que siempre debo alcanzar el máximo estándar en lo que hago, digo, siento, vivo.					
Si no hago o digo lo que resuelve un problema o una situación me siento inútil y creo que no vale la pena que este en aquel lugar o con aquella gente.					
Si no tengo la respuesta correcta o no sé qué decir en cada ocasión, me confundo y me turbo y prefiero alejarme o evadirme.					
Estimo necesario ser útil en la vida, de lo contrario ésta no tiene sentido.					
Si algo queda a medio camino de su objetivo creo que soy incapaz, pusilánime y flojo					
Juzgo que mi valor me lo da ser inteligente, eficaz, útil.					
Estimo que mi valor es proporcional a si cumplo con lo que los demás esperan que haga.					
Juzgo valioso e importante que los demás me tengan en cuenta, me acojan, respeten y apoyen.					
Estimo que la opinión de los demás está por encima de todo en lo que hago.					
Elijo dar mayor valor a los juicios ajenos sobre lo que pienso, siento y hago.					
Si se debe competir por algo, juzgo que son más dignos del beneficio otros y no yo.					

Si alguien me invita a pasar un rato agradable, me elogia, seduce o le agrado, juzgo su acción como falsa o con otras intenciones.					
Estimo que soy poco digno de vivir, de sentirme bien, de elogio o reconocimiento.					
Dejo que los demás me atropellen o maltraten pues no creo merecer un trato digno y respetuoso.					