
Factores psicológicos y abordajes psicoterapéuticos de los trastornos depresivos

Psychological factors and psychotherapeutic approaches in depressive disorders

A. Zarzuela

RESUMEN

En este artículo se revisan las aportaciones de las diferentes orientaciones psicológicas a la comprensión y tratamiento de los trastornos depresivos. Se hace especial énfasis en explicar los fundamentos y metodología de las alternativas psicoterapéuticas que en la actualidad gozan de mayor difusión. Finalmente la reflexión sobre la complejidad de los cuadros depresivos y de la realidad en la que se encuentra inmersa la persona que padece este trastorno nos obliga a apoyar la indicación de terapias combinadas, a resaltar la falta de un sólido cuerpo de investigación acerca de la eficacia de los tratamientos y de la adecuación de las diferentes modalidades de psicoterapia a los diversos trastornos y pacientes depresivos y a instar a tener en cuenta las estrategias de prevención tanto como las de tratamiento.

Palabras clave: Depresión. Psicoterapia. Factores psicológicos. Teorías psicológicas.

ABSTRACT

This paper reviews the contributions of the different psychological orientations to the understanding and treatment of depressive disorders. Special emphasis is placed on explaining the foundations and methodology of the psychotherapeutic alternatives that at present enjoy the widest diffusion. Finally, reflection on the complexity of the depressive pictures, and on the reality within which the person suffering from this disorder is immersed, obliges us to support the recommendation of combined therapies, to emphasise the lack of a solid body of research concerning the efficacy of the treatments and the adjustment of the different modalities of psychotherapy to the different disorders and depressive patients, and to recommend that preventive strategies should be taken into account as well as those of treatment.

Key words: Depression. Psychotherapy. Psychological factors. Psychological theories.

ANALES Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 63-75.

Psicóloga Clínica. Becaria. Unidad de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino.

Correspondencia:

Amalia Zarzuela Ituarte
Unidad de Psiquiatría
Hospital Virgen del Camino
Irunlarrea, 4
31008 Pamplona
E-mail: amal-jesus@correo.cop.es

INTRODUCCIÓN

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad que algunos autores no han dudado en señalar ésta como la “Era de la Depresión”.

Datos como la tasa de incidencia (6-8% de personas mayores de 15 años de la población general sufren depresión) o la tasa de prevalencia (20-25% de la población general sufrirá en algún momento de su vida un episodio depresivo)¹, hacen de éste un problema sanitario, económico y psicosocial de urgencia. El auge que en la actualidad tiene este trastorno ha llevado a algunos autores al análisis de las peculiaridades del momento histórico actual que pudieran estar actuando como factores facilitadores. Alonso Fernández² propone siete realidades que caracterizan un cambio cualitativo en el estilo de vida y que podrían estar en la base del incremento del trastorno depresivo (Tabla 1).

De estas siete realidades se pueden entresacar los cuatro factores etiológicos que principalmente se han barajado a la hora de realizar las diferentes clasificaciones de los episodios depresivos: factores hereditarios, factores de personalidad, factores situacionales y factores médicos. Pero esta diferenciación etiológica no deja de ser una división artificial que facilita el análisis de esta enfermedad ya que por lo general los episodios depresivos analiza-

dos en sus causas obedecen a cuadros mixtos en los que son varios los factores que entran en juego.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN: ¿PSICOFARMACOLOGÍA VERSUS PSICOTERAPIA?

Tradicionalmente se ha venido haciendo una marcada distinción en cuanto a la intervención en los trastornos depresivos según la supuesta etiología y la gravedad de la sintomatología. Así, en los trastornos depresivos considerados severos y entre los que podrían situarse los trastornos depresivos endogeniformes, bipolares o con sintomatología psicótica han sido de elección los tratamientos farmacológicos mientras que los trastornos depresivos moderados o leves como trastornos adaptativos, reacciones depresivas o distimias se han considerado patrimonio de los modelos psicoterapéuticos. Pero la realidad de la práctica clínica pone de manifiesto la complejidad de los trastornos depresivos y, sea cual fuera su intensidad o su etiología, la necesidad, en la mayoría de los casos, de complementar el tratamiento farmacológico con el psicoterapéutico^{1,3-7}. La intensidad y los factores asociados a los episodios depresivos podrán servir de guía en la elección del tipo de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y en la prioridad de aplicación de los mismos pero en ningún caso debería determinar la exclusión de uno u otro.

Sirva de ejemplo a lo anteriormente expuesto la falta de adhesión al tratamien-

Tabla 1. Factores facilitadores de los trastornos depresivos según Alonso Fernández².

- Estrés crónico que viene determinado por una sobrecarga emocional en el mundo laboral y por un ritmo de vida acelerado.
- Disminución de la comunicación entre las personas que lleva a situaciones de soledad.
- Cambios rápidos en la forma de vida como la desmembración de la familia y la lenta ruptura con las tradiciones y las estructuras sociales.
- El mayor éxito en los tratamientos curativos y paliativos de las enfermedades lo que ha facilitado una mayor supervivencia con procesos de enfermedad más largos y/o estados residuales deficitarios.
- La proliferación de tratamientos farmacológicos con la depresión como efecto secundario.
- La extensión del consumo de drogas.
- El aumento de la esperanza de vida.

to farmacológico de los pacientes depresivos que incumplen el tratamiento ante la desesperación de no obtener mejoría inmediata de su malestar o ante la evidencia de un aparente empeoramiento de su estado por el surgimiento de sintomatología secundaria. O, por otro lado, la sintomatología residual que en algunos pacientes que han sufrido un episodio depresivo grave permanece tras la remisión de los síntomas depresivos y que no responde al mantenimiento de la medicación que los ha hecho desaparecer. En estas personas habiendo remitido los síntomas que les han torturado durante meses e incluso les ha podido llevar a las puertas del suicidio (la angustia, la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la apatía, el insomnio...), surge una nueva actitud ante la vida que les hace percibirse diferentes respecto a cómo eran antes de la experiencia vital de sufrir un episodio depresivo. Por lo general, adoptan una actitud hipervigilante respecto a sí mismos y a los que les rodean en lo que puede suponer una situación o un cambio de humor potencialmente depresivo, el miedo a la recaída les lleva a confundir reacciones normales y cotidianas de tristeza y angustia con la vuelta a la enfermedad, se muestran inseguros ante decisiones que guíen su vida. En muchos casos aparece un sentimiento de incapacidad para retomar sus actividades, relaciones o aficiones y claramente se puede observar una tendencia a aplicar unos esquemas de pensamiento disfuncionales a su vida cotidiana basados en el pesimismo, la gravedad y complejidad de las cosas. No en todos los casos la duración y la intensidad de este cuadro residual es el mismo y probablemente a ello contribuyan factores tales como la personalidad previa y la respuesta del entorno cercano. En casos como éstos no debe dudarse que la detección precoz del trastorno depresivo y el tratamiento farmacológico adecuado ayudarán a que el trastorno no aumente en gravedad y en duración con el riesgo que ello supondría para el paciente; pero tampoco debería cuestionarse la necesidad de un complemento psicoterapéutico que durante la fase más aguda ayude al paciente y a su familia a entender y convivir con la depresión y su tratamiento y en una fase

de mejoría que ayude a enfrentarse al paciente a sus miedos e inseguridades y a recuperar su nivel de actividad previo y a su familia a acompañarle en su proceso de recuperación.

Del mismo modo y poniéndonos en los casos de episodios depresivos moderados o leves en los que podría estar indicado únicamente un tratamiento psicoterapéutico no hay que perder de vista que no todas las personas tienen la misma tolerancia a síntomas como la angustia, la ansiedad o el insomnio y que en ocasiones la presencia de esta sintomatología interfiere con un abordaje psicoterapéutico. Por ello, y aunque el análisis del caso, pusiera de manifiesto la psicoterapia como abordaje de elección quizás el clínico debería valorar la indicación de un tratamiento farmacológico que permita el abordaje psicológico de los factores que están en la base de ese trastorno depresivo: duelo, inseguridad, miedos, déficit en habilidades de afrontamiento, problemas de pareja, problemas familiares o acontecimientos vitales estresantes.

Así pues, la evaluación de cada paciente depresivo debe llevar al diseño de un tratamiento individualizado de su episodio depresivo. Éste dependerá de la severidad de la sintomatología, de las circunstancias personales y de los apoyos psicosociales de los que disponga.

La posibilidad de adecuar el tratamiento a cada paciente viene facilitado por el avance realizado en los tratamientos psicofarmacológicos de la depresión y en los psicoterapéuticos de manera que en la actualidad existe gran variedad de posibilidades y combinaciones^{2,8}.

LA PSICOTERAPIA EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

La peculiar historia del surgimiento y desarrollo de la Psicología queda reflejada en la enorme diversidad de enfoques teóricos que interpretan la realidad del comportamiento humano. Desde cada uno de ellos se habla de diferentes factores psicológicos subyacentes al desarrollo de los trastornos depresivos y del mismo modo y como consecuencia directa de su formulación se proponen diferentes alternativas

terapéuticas. A continuación se exponen las más representativas.

Psicoterapia individual

Cada una de las principales corrientes psicológicas ha desarrollado una metodología de psicoterapia individual indicada para el caso de los trastornos depresivos.

Terapia de conducta

Desde las Teorías del Aprendizaje se han esbozado diferentes hipótesis explicativas de la conducta depresiva.

Desde el Modelo Socioambiental se ha hecho hincapié en la pérdida que sufre el paciente depresivo de su ambiente gratificante. Para Ferster⁹ las conductas depresivas son una consecuencia directa de la disminución de comportamientos positivamente reforzados. La frecuencia de reforzamiento puede verse reducida por tres factores: 1. Porque ha habido un debilitamiento en el programa de reforzamiento empleado bien porque las conductas no van seguidas del reforzador con la misma frecuencia bien porque la persona tiene que esforzarse más para conseguir el reforzador. 2. Porque se ha producido un aumento de la ansiedad que conduce a la persona a evitar las fuentes que hasta el momento han sido reforzantes. 3. Porque por cualquier circunstancia vital ha habido una pérdida de las fuentes de gratificación. Lewinshon¹⁰, por otro lado, pone el énfasis en la reducción prolongada de reforzadores sociales. Esto dependerá tanto del número de actividades realizadas y de sucesos potencialmente reforzantes que una persona experimente como del número de reforzadores disponibles en el entorno y de la propia capacidad del sujeto para conseguir los reforzadores. Finalmente Costello¹¹ propone que la pérdida de interés de los pacientes depresivos se debe a que los reforzadores que anteriormente ejercían su acción positiva han perdido su efectividad bien por cambios bioquímicos o neurofisiológicos bien por una interrupción en la cadena de conductas-reforzadores. Desde este modelo el tratamiento que se propone va dirigido al aumento de conductas no depresivas que conduzca a la consecución de reforzadores

positivos, a la disminución de las conductas depresivas y a conseguir un aumento de las conductas reforzadas socialmente. Para ello se sirven de técnicas como el entrenamiento en habilidades sociales, la asignación gradual de tareas y actividades, el manejo de la ansiedad con entrenamiento en relajación o desensibilización sistemática, el manejo de las contingencias en los programas de reforzamiento de las conductas depresivas y de las conductas no depresivas.

Desde el Modelo de Indefensión Aprendida de Seligman¹² la depresión es consecuencia de una historia personal caracterizada por un fracaso en el control sobre los reforzadores ambientales. Para Seligman el sujeto que percibe no tener control sobre su vida acaba experimentando vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza. La terapia irá dirigida a recuperar la sensación de control sobre los acontecimientos de su vida a través de una combinación de técnicas del modelo socioambiental (la planificación y exposición gradual a tareas que conlleven reforzadores positivos) y del modelo cognitivo (modificar creencias erróneas sobre el estilo atribucional).

El Modelo Cognitivo de la psicopatología se centra en el papel de la perturbación del contenido del pensamiento y del proceso del pensamiento en el origen y mantenimiento de las enfermedades emocionales. Este tipo de terapia debe sus aportaciones más relevantes a Beck¹³⁻¹⁵ y Ellis¹⁶. A la hora de planificar la terapia se tiene en cuenta las características del pensamiento depresivo:

- Las preocupaciones fundamentales de un paciente depresivo giran en torno a la idoneidad y la posibilidad de ser amado. El contenido de su pensamiento se caracteriza por un aumento considerable del autodesprecio, pesimismo, de pensamientos cargados de temor en lo que se refiere a uno mismo, al mundo y al futuro (Triada depresiva)¹⁴.
- Otra de las características del pensamiento de los pacientes depresivos hace referencia a su estilo atribucional de manera que tienden a atribuir los sucesos a factores internos, globales y

perdurables *versus* los factores externos, específicos y pasajeros.

- Procesamiento de la información guiado por la exageración en el cálculo de las pérdidas o limitaciones, el desprecio por la fuerza y los recursos de uno mismo y el aumento del recuerdo de experiencias negativas.
- Beck¹⁵ en su conceptualización de la terapia cognitiva aplicada a la depresión desarrolló los errores más frecuentes que se producen en el pensamiento: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, personalización, pensamiento absolutista y dicotómico, y maximización-minimización.

Este tipo de pensamiento lleva a la instauración de un círculo vicioso que no sólo mantiene la sintomatología depresi-

va sino que la intensifica de manera progresiva (Fig. 1).

Desde este enfoque se propone una terapia estructurada para romper este círculo y que puede ser aplicada de forma individual o en grupo y en la que el objetivo fundamental es identificar y modificar los pensamientos negativos automáticos, los esquemas de pensamiento disfuncionales y las actitudes o creencias irracionales. Su abordaje se realizará desde un marco terapéutico de "empirismo colaborativo" en el que terapeuta y paciente elaboran listas de problemas, analizan las soluciones disfuncionales, exploran nuevas alternativas y elaboran un plan para ponerlas en práctica y posteriormente evaluar los resultados. Se hace uso tanto de técnicas conductuales como cognitivas (Tabla 2).

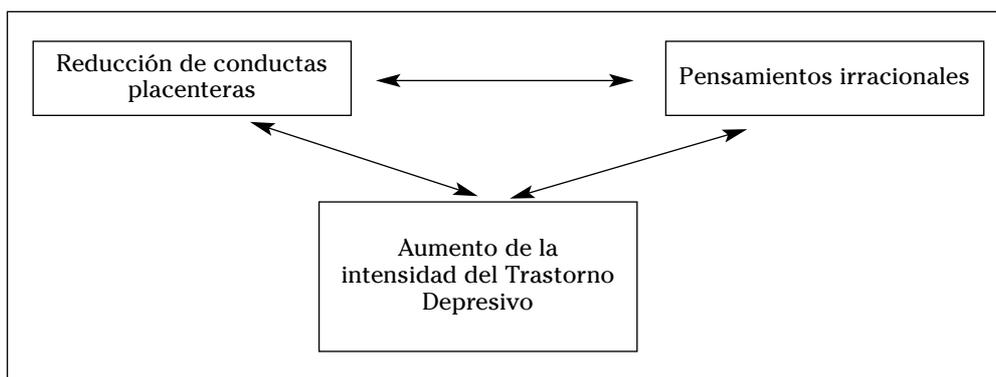


Figura 1. Círculo depresivo en la Teoría Cognitivo-Conductual.

Tabla 2. Técnicas terapéuticas del modelo cognitivo-conductual.

TÉCNICAS CONDUCTUALES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducación. 2. Autorregistros para la identificación de las secuencias: conducta-pensamiento-sentimiento. 3. Tareas para casa: lecturas con el objetivo de comprender el objetivo y la metodología de la terapia y actividades que permitan la verificación. 4. Entrenamiento en técnicas de distracción y evasión de pensamientos, sentimientos y situaciones angustiantes. 5. Tareas graduales de afrontamiento. 6. Ensayos conductuales y role-playing con el modelado del terapeuta. 7. Aprendizaje de técnicas de relajación.
TÉCNICAS COGNITIVAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de pensamientos automáticos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro. 2. Verificar la exactitud de los pensamientos automáticos. 3. Identificar los errores lógicos subyacentes. 4. Generar cogniciones alternativas más adecuadas y verificar su validez.

El Modelo del Autorrefuerzo de Rehm^{17,18} plantea que la conducta depresiva se produce cuando hay un fracaso en el proceso de autorregulación de la conducta. Este proceso consta de tres etapas y los errores que un paciente puede desarrollar en cada una de ellas son diferentes (Fig. 2).

La terapia que se propone va dirigida a modificar estos errores a través de técnicas conductuales y cognitivas.

La psicoterapia individual de orientación psicodinámica

Las teorías psicodinámicas consideran a la depresión como un trastorno afectivo que tiene sus raíces en conflictos originados en la infancia y la terapia irá dirigida a facilitar la evocación de los procesos y contenidos inconscientes y en el establecimiento de la relación con la situación actual. Utilizará herramientas como la asociación libre, el análisis de la transferencia, de las fantasías, sueños y el análisis de los mecanismos de defensa. En el marco de esta premisa tan general no hay unanimidad sobre las causas del conflicto original a resolver. Sirva de ejemplo las hipótesis planteadas por algunos autores:

- Es en 1911 cuando Abraham¹⁹ realizó el primer intento de explicar la enfermedad depresiva desde la teoría psicodinámica. Para él las dificultades en el proceso evolutivo infantil y en concreto la pérdida real o fantaseada de amor es lo que predispone a la aparición de la depresión en las fases posteriores de la vida. El paciente depresivo percibe la pérdida de la persona amada como rechazo hacia sí mismo y acaba dirigiendo la rabia contra sí mismo.
- Freud²⁰ amplió las ideas de Abraham y matizó que en el depresivo la pérdida es inconsciente y la psicoterapia debería hacer aflorar hacia la conciencia esa pérdida así como los sentimientos de ambivalencia y autodesprecio que generan.
- Según Klein²¹ todos los niños en su desarrollo evolutivo atraviesan una fase depresiva al experimentar que su madre no siempre satisface sus necesidades. Esto le generará sentimientos de odio-agresión y de amor. La fase depresiva se superará cuando le niño sea capaz de integrar ambas experiencias en un mismo objeto (madre). Si el niño no logra esta integración será por-

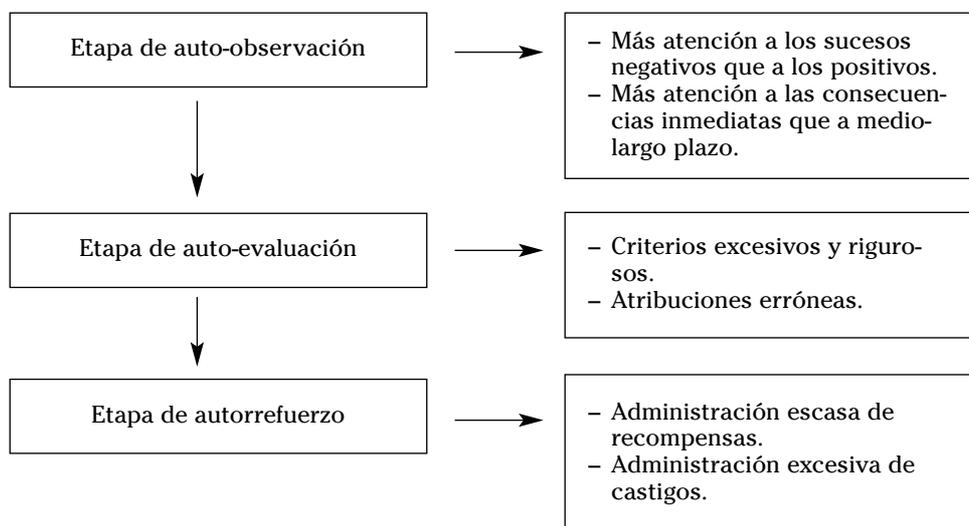


Figura 2. Modelo de Autorrefuerzo de Rehm^{17,18}: etapas y errores.

que los sentimientos de agresión y odio son más fuertes y ello sentará las bases para el desarrollo de trastornos depresivos en la vida adulta.

- Bibring²² (1953) hizo más hincapié en los aspectos conscientes que en los inconscientes. Para él también eran importantes las experiencias iniciales de la infancia para crear una predisposición a la depresión aunque en su caso la depresión clínica sería consecuencia de la frustración de las expectativas conscientes.
- Benedek²³ afirmaba que la constelación depresiva era consecuencia de las dificultades de las primeras relaciones entre madre e hijo. Según su orientación cuando el niño no se siente gratificado por su madre se torna sumamente agresivo y dicha agresividad acaba introyectándola.
- Arieti²⁴ puso de manifiesto que el comportamiento de una madre cambia hacia el año y medio o dos años de vida del niño de manera que aunque continúa atendiendo a las necesidades de su hijo se vuelve menos generosa y más exigente. El niño siente que el amor de su madre está condicionado a lo que él puede dar. El niño se sentirá culpable de no satisfacer las exigencias de su madre y se autocastigará con la esperanza que ello le redima ante su madre y vuelva a ser merecedor de sus favores.

En el enfoque psicodinámico el abordaje de los conflictos se puede realizar a través de tres metodologías de psicoterapia diferentes: psicoanálisis clásico, la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo y la psicoterapia breve de orientación dinámica (Tabla 3).

Acepciones más actuales como la de Bemporad²⁵ y que tienen en cuenta de forma más realista la complejidad de los trastornos depresivos en toda su amplitud se esfuerzan en definir la aportación de la psicoterapia psicodinámica en las diferentes manifestaciones del trastorno depresivo:

- La depresión profunda o psicótica es considerada como una enfermedad fundamentalmente orgánica con complejas manifestaciones neurovegetativas y cognitivas. Así pues, el tratamiento debe de ir dirigido prioritariamente a una adecuada indicación, aplicación y cumplimiento de una pauta de medicación antidepressiva y/o antipsicótica y a la protección del paciente evitando que pudiera infringirse daño alguno. La psicofarmacología deberá acompañarse en muchos casos de un ingreso hospitalario y siempre de la colaboración de su entorno social. En este caso la psicoterapia individual tendrá el objetivo de apoyar y acompañar al paciente a lo largo de su proceso de recuperación. El apoyo y la confianza que el terapeuta dé al paciente facilitará su adhesión al tratamiento, la expresión

Tabla 3. Modalidades Psicoterapéuticas en el Enfoque Psicodinámico.

PSICOANÁLISIS CLÁSICO
Psicoterapia prolongada (de 1 a 6 años) con una frecuencia de 1 a 3 sesiones por semana. Énfasis en la reconstrucción de los orígenes del conflicto y en el establecimiento y análisis de la transferencia a través de la asociación libre y de las interpretaciones del terapeuta. Se realizan regresiones intensas a las etapas del desarrollo donde se localizan los conflictos intrapsíquicos.
PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA A LARGO PLAZO
Se diferencia del Psicoanálisis Clásico en que sobre todo está enfocada a los mecanismos de defensa inconscientes y a la relación de transferencia que se produce con el terapeuta y utiliza, además de la asociación libre y la interpretación, otras técnicas como la confrontación y la clarificación. En esta modalidad no se realizan regresiones tan intensas a las etapas previas del desarrollo.
PSICOTERAPIA BREVE DE ORIENTACIÓN DINÁMICA
Se basa en los principios básicos del psicoanálisis pero se hace más énfasis en lo interpersonal que en el funcionamiento intrapsíquico. Se presta atención tanto a los patrones interpersonales pasados como actuales. La postura del psicoterapeuta es más directiva.

de su malestar, el aporte de una perspectiva realista acerca de la enfermedad, los síntomas y la evolución y la seguridad de sentirse protegido y comprendido por un profesional objetivo. Una psicoterapia más profunda deberá posponerse a cuando la gravedad de la sintomatología depresiva se resuelva.

- El trastorno distímico, por otro lado, ha sido conceptualizado como un trastorno crónico provocado por el carácter disfuncional de las actitudes, valores, creencias y patrones de conducta con los que una persona interpreta de forma habitual el mundo que le rodea. En este caso la indicación de la psicoterapia psicoanalítica es la más acertada y el objetivo último que debe perseguirse es hacer conscientes los traumas y conflictos infantiles provocadores de la actitud depresiva ante la vida y comprender el papel que están jugando en su vida actual.
- Las personas con trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo son pacientes que en su estructura de personalidad no se aprecia patología pero que en determinados momentos de su vida y ante un acontecimiento traumático desarrollan una reacción depresiva. En este caso, probablemente, sin ningún tipo de intervención tendrían los recursos personales suficientes como para superar por sí mismas el episodio depresivo. No obstante la psicoterapia tendría cabida si se persigue alguno de los siguientes objetivos:
 - Reducir el sufrimiento.
 - Impedir que la persona se aferre a una mala solución para calmar el dolor.
 - Disminuir la duración del problema e impedir que se cronifique.
 - Ayudar a la persona a descubrir la vulnerabilidad en su personalidad que facilitó el fracaso ante el enfrentamiento de dicha situación. Dentro de este enfoque dicha vulnerabilidad tendrá sus raíces en conflictos y frustraciones infantiles.

Psicoterapia interpersonal

La psicoterapia interpersonal es una técnica que se centra en la relación de los temas interpersonales del paciente con sus síntomas depresivos. Se trata de una terapia estructurada y limitada en el tiempo que fue creada en la década de los 70 por Klerman y Weissman²⁶. Desde un modelo médico en el que se le da al paciente un rol de enfermo y al que se le informa de que padece una depresión y de las características de ésta, se trata de enfocar la curación de la depresión desde el abordaje de los problemas interpersonales en el aquí y el ahora, esto es, sin remontarse al análisis del pasado ni de los conflictos inconscientes.

En una primera fase del tratamiento se realiza una exploración completa del paciente a través de la evaluación de los síntomas, la elaboración de su historia clínica psiquiátrica personal y familiar y la elaboración de su historia de relaciones interpersonales. Es entonces cuando el terapeuta asigna el diagnóstico de depresión al paciente y le informa de los síntomas que ello conlleva instándole al tratamiento desde una actitud esperanzadora. Además en esta primera fase el terapeuta ofrecerá una explicación lógica y coherente del trastorno depresivo en términos interpersonales.

Desde la psicoterapia interpersonal las causas de la depresión pueden estar en cuatro supuestos: duelo o pérdida de un ser querido, disputas personales o relaciones conflictivas, transición de papeles y déficits interpersonales (Tabla 4).

Una vez que en los primeros contactos se identifica a qué supuesto corresponde el trastorno depresivo y se hace tomar conciencia al cliente de su patología y de su rol de paciente, se le orienta a la necesidad de un tratamiento específico. En la segunda fase de la terapia se abordan los conflictos interpersonales haciendo tomar conciencia al paciente de la repercusión que está teniendo en su vida y guiándole en su afrontamiento progresivo. En el supuesto etiológico de los déficit personales, los resultados de la psicoterapia interpersonal son más limitados ya que generalmente es el reflejo de una psicopatología de base²⁷.

Tabla 4. Psicoterapia interpersonal: causas del trastorno depresivo.**• DUELO**

Pérdida de un ser querido. Generalmente no es necesario tratamiento ya que ésta es una situación que tiende a resolverse por sí misma pero en ocasiones es el motivo del desarrollo de un trastorno depresivo.

• DISPUTAS PERSONALES

Son relaciones en las que hay conflictos no resueltos entre las diferentes partes.

• TRANSICIÓN DE PAPELES

Cambios producidos en la vida de una persona por el devenir de los acontecimientos (a excepción de la muerte de un ser querido) y que requieren una adaptación.

• DÉFICIT INTERPERSONALES

Supuesto que hace referencia a una patología de carácter subyacente por la que existe un déficit de relaciones interpersonales mantenida en el tiempo.

Terapia de familia en la depresión

El desarrollo de la terapia de familia ha dado lugar a diferentes enfoques. Cada uno de ellos tiene sus peculiaridades teóricas y metodológicas pero todos ellos podrían incluirse en dos líneas fundamentales de trabajo:

–Unos enfoques ponen el énfasis en el sistema familiar como generador de tensiones que cristalizan en el miembro más débil que será el paciente identificado. En estos enfoques la terapia se dirige a detectar los elementos que provocan la crisis en la familia y en la búsqueda de un nuevo equilibrio. Uno de los enfoques más representativos es la Terapia Familiar Sistémica donde se concibe al individuo como parte interdependiente de sistemas más amplios. El objetivo de la terapia es el modificar dinámicas de relaciones entre los diferentes subsistemas que forman el sistema familiar (normas explícitas e implícitas, exigencias, límites entre los subsistemas, díadas, tríadas...). El proceso de cambio se consigue trabajando en el “aquí y ahora” utilizando técnicas como tareas para casa, escenificación, cambios en la estructura de la familia, intervenciones paradójicas, prescripción del síntoma, intervenciones en el ecosistema de la familia, análisis de problemas y soluciones transgeneracionales...

– Otros enfoques²⁸⁻³⁰ apuntan la necesidad de una intervención familiar dirigida a que la familia aprenda a desenvolverse durante el episodio depresivo de uno de sus miembros. Este enfoque de la terapia de familia tiene su antecedente en los enfoques psicoeducativos aplicados a la esquizofrenia^{31,32} y a la constatación de la importancia de los factores interpersonales en el curso del trastorno depresivo³³⁻³⁶. La convivencia con el paciente depresivo es compleja para las familias. En un principio la familia se vuelca hacia el paciente sobreprotegiéndolo en exceso y posteriormente pasa a criticar su actitud cuando los esfuerzos realizados por ayudarle a superar el episodio no son efectivos. En unos casos algunos miembros de la familia se implican en exceso mientras otros no le dan la importancia que merece; algunos familiares asumen las responsabilidades del miembro enfermo llegando a la sobrecarga personal; las relaciones con la pareja, los hijos, etc., cambian e incluso pueden llegar a generarse sentimientos de resentimiento, desengaño e ira que perduren a lo largo del tiempo³⁷. Anderson³⁸ propone un método de tratamiento familiar basado en la psicoeducación que puede realizarse en grupo de familias de diferentes personas con trastorno depresivo y cuyos objetivos serían los siguientes:

- Incrementar el conocimiento acerca de la depresión (síntomas, tratamientos, impacto sobre la vida familiar) y lograr una mayor comprensión de la depresión como una enfermedad legítima.
- Disminuir el estrés/preocupación/culpa/ira en relación con la enfermedad.
- Aumentar la capacidad de manejo de las conductas depresivas.
- Estimular la capacidad de equilibrar la necesidad de responder a los requerimientos del paciente con la necesidad de protegerse a uno mismo de la dominación de la depresión en su vida.

La consecución de dichos objetivos en este modelo se consigue a través de cuatro fases de tratamiento: toma de contacto y evaluación, apoyo e información, aplicación/mantenimiento y terminación gradual (Tabla 5).

Terapia de grupo

La psicoterapia de grupo se refiere únicamente a la forma de aplicación de la terapia a varios pacientes simultáneamente. Dentro de esta modalidad de terapia hay diferentes concepciones teóricas que

determinan la metodología de trabajo: grupos de autoayuda, grupos de crisis, grupos de apoyo, grupos conductuales, grupos interpersonales y grupos con orientación psicoanalítica. En cualquier caso el éxito de la terapia dependerá de la buena selección de los componentes del grupo. En este sentido dos son los criterios de exclusión para la realización de una terapia de grupo:

- El paciente no valora las relaciones personales y de manera consciente no quiere comprometerse en relaciones satisfactorias con otros pacientes.
- La inhibición, la apatía social y el retraimiento extremos.

Ambos criterios se cumplirán en pacientes depresivos gravemente afectado, en ese caso, no serían candidatos idóneos para esta modalidad de terapia pero, esto, no los excluye definitivamente: un periodo de psicoterapia individual y/o mejoría sintomática podría dar paso a un grupo de terapia³⁹.

En la terapia de grupo se habla de once factores terapéuticos que caracterizan el proceso de sanar⁴⁰: implantar la esperanza, universalidad, impartir información, altruismo, revisión correctiva del grupo familiar primario, desarrollo de técnicas

Tabla 5. Fases de tratamiento en el modelo de intervención familiar de Anderson³⁸.

TOMA DE CONTACTO Y EVALUACIÓN
En esta primera fase se establece el contacto con la familia, se realiza una recogida de información de la clínica e historia del caso, de la historia familiar y finalmente se llega a un acuerdo acerca del marco en el que se va a realizar la terapia (horario, lugar, participantes, sesiones, objetivos...).
FASE DE APOYO E INFORMACIÓN
En esta segunda fase es en la que se utiliza fundamentalmente la técnica de psicoeducación. Pueden realizarse grupos con familiares de diferentes pacientes depresivos e informar acerca de los factores biopsicosociales que pueden observarse en los trastornos depresivos así como las modificaciones que producen en el sistema de relaciones familiares y las estrategias que pueden ponerse en marcha.
FASE DE APLICACIÓN/MANTENIMIENTO
Consiste en la aplicación y el mantenimiento de la intervención de esta filosofía e información para la vida de todos los días: Sesiones dedicadas a cada familia con el fin de que pongan en práctica lo aprendido en las sesiones de psicoeducación y que van a hacer que la dinámica familiar soporte mejor la tensión de convivir con una persona deprimida.
FASE DE TERMINACIÓN
La terminación de la terapia es gradual de manera que las sesiones se van distanciando en el tiempo hasta la finalización del contacto terapéutico. En estas sesiones se van reforzando las estrategias a seguir ante una nueva recaída.

de socialización, conducta imitativa, aprendizaje interpersonal, cohesión de grupo, catarsis y factores existenciales. Muchos de estos factores se dan en la terapia individual pero ocurren con mayor intensidad y naturalidad entre iguales. No obstante, hay que tener en cuenta que la ganancia personal en la terapia de grupo va a depender tanto de las características de la persona que acude a la terapia como de las características y proceso del grupo.

CONCLUSIÓN

Todo este conjunto de alternativas psicoterapéuticas solas o combinadas con alguna de las posibilidades de tratamiento psicofarmacológico puede provocar más confusión que seguridad en el manejo del paciente depresivo. A este complejo panorama viene a abundar gran variedad de "terapias alternativas"⁶ y "pseudoterapias" que en los últimos años han invadido el terreno de la salud mental y que cuentan con nula comprobación científica pero que a su vez comienzan a tener una repercusión a tener en cuenta en la población afectada que busca solución rápida a sus dolencias, con el menor coste personal y los mínimos efectos secundarios. Entre ellas cabe mencionar la "terapia lumínica", "terapia floral", sustancias como el Hipérico, Dietas (Vegetariana, Macrobiótica...), "terapias corporales", acupuntura, fitoterapia, homeopatía e imposición de manos.

Cierto es que muchas son las estrategias terapéuticas que un clínico puede adoptar y pocos los criterios objetivos por los que hoy por hoy puede guiarse en su elección. Cada persona que sufre un trastorno depresivo está inmersa en una realidad particular, sus vivencias, entorno y apoyos psicosociales le hacen un caso único. Por el momento, aunque sí se han llevado a cabo estudios que reflejan el beneficio de combinar psicoterapia y psicofarmacología en el tratamiento de la depresión⁴¹⁻⁴⁷ y hay autores que se manifiestan abiertamente por la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal^{1,48} en base a la coherencia y resultados clínicos, faltan investigaciones más precisas y controladas que comparen los resultados de las diferentes modalidades de psicote-

rapia combinada o no con tratamiento farmacológico y trabajos que identifiquen las características del paciente o del trastorno depresivo idóneo para cada posibilidad terapéutica. Es por ello que, en este momento, el clínico debe basar su decisión en el conocimiento del cuerpo de investigación que se vaya generando y en una exhaustiva evaluación de las peculiaridades del caso tanto en los antecedentes del episodio depresivo como en sus manifestaciones clínicas, sin olvidar las potencialidades y déficits cognitivos, afectivos y relacionales que están y han estado presentes a lo largo de la vida del paciente.

La trascendencia del trastorno depresivo y la intolerancia hacia el sufrimiento humano favorece el que las inquietudes del clínico que se sienta ante un paciente depresivo y su sufrimiento vayan dirigidas casi exclusivamente a ofrecer la mejor alternativa terapéutica que acabe con la patología. Sin embargo, la responsabilidad de los clínicos no debería acabar con el tratamiento eficaz de sus pacientes depresivos sino que debería, al menos, cuestionarse la propia actuación profesional dentro de una estrategia amplia de prevención. Cada clínico desde el nivel de atención en el que se sitúa podrá realizar su aportación para evitar la aparición de nuevos casos para contribuir a la detección precoz y tratamiento inmediato del trastorno depresivo manifiesto y a la reducción de la cronicidad y de secuelas irreversibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. GLICK ID, YALOM ID. Tratamiento de la Depresión. Técnicas Clínicas Actuales. Barcelona. Ediciones Granica 1999: 125-152.
2. ALONSO-FERNÁNDEZ F. Claves de la Depresión. Madrid. Cooperación Editorial, S.A. 2001.
3. VALLEJO RUILOBA J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona. Masson-Salvat Medicina 1991.
4. POLAINO-LORENTE A. La depresión. Barcelona. Martínez Roca 1985.
5. CORBELLÀ ROIG J. Tristezas y Depresión. Madrid. Folio 1994.
6. ORJUELA L. Depresión. Control y Superación. Madrid. Libro Hobby 2000.

7. O'CONNOR R. Superar la Depresión. Barcelona. Urano 1999.
8. THASE ME, GLICK I. Tratamiento Combinado. En: Glick ID, Yalom ID. (Comps.). Tratamiento de la Depresión. Técnicas Clínicas Actuales. Barcelona. Ediciones Granica 1999: 215-242.
9. FERSTER CB. A functional analysis of depression. American Psychologist 1973; 28: 857-870.
10. LEWINSOHN PM. Clinical and theoretical aspects of depression. En: Calhoun KS, Adams HE, Mitchel KM. (Comps.). Innovative methods in psychopathology. New York. Wiley 1974.
11. COSTELLO CG. Depresión: loss of reinforcement or loss of reinforcement effectiveness. Behav Ther 1972; 3: 240-247
12. SELIGMAN M. Indefensión. Madrid. Debate 1981.
13. Beck AT, Greenburg RL. Coping with depression. New York: Institute for Rational Living 1974.
14. BECK AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press 1976.
15. BECK AT, RUSH AJ, SHAW BF, EMERY G. Cognitive therapy of depression, New York: Guilford Press 1979.
16. ELLIS A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart 1962.
17. REHM LP. A self-control model of depression. Behav Ther 1977; 8: 787-804.
18. REHM LP. Self- management and Cognitive Processes in Depression. En. L.B. Alloy (Ed.) Cognitive Proceses in Depresión. New York. The Guilford Press. 1988.
19. ABRAHAM K. Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. En: Selected papers on psychoanalysis. Nueva York, Basic Books 1960: 137-156.
20. FREUD S. Mourning and melancholia. En: Collected papers, vol. 4. London Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis 1950: 152-172.
21. KLEIN M. Contributions to the psycho-genesis of the manic-depressive states. En: Contributions of Psychoanalysis, 1921-1945. Londres, Hogarth Press 1948.
22. BIBRING E. The mechanism of depression. En P. Greenacre 1965, Affective disorders. New York. International Universities Press, Inc. 1965: 13-48.
23. BENEDEK T. Toward the biology of the depressive constellation. J Am Psychoanal Assoc 1965; 4: 389.
24. ARIETI S. Manic-depressive psychosis. En: Arieti S. American handbook of psychiatry, vol 1. New York. Basic Books. 1959.
25. BEMPORAD JR. Psicoterapia Individual. En: Glick ID, Yalom ID. (Comps.). Tratamiento de la Depresión. Técnicas Clínicas Actuales. Barcelona. Ediciones Granica 1999: 125-152.
26. KLERMAN GL, WEISSMAN MM, ROUNSAVILLE BJ, CHEVRON ES. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York . Basic Books Inc Publishers 1984.
27. SWARTZ HA, MARKOWITZ JC. Psicoterapia Interpersonal. En: Glick ID. Yalom ID. (Comps.). Tratamiento de la Depresión. Técnicas Clínicas Actuales (páginas). Barcelona. Ediciones Granica 1999: 99-123.
28. ANDERSON CM, GRIFFIN S, ROSSI A, PAGONIS I, HOLDER DP, TREIBER R. A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affective disorders. Fam Process 1986; 25: 185-206.
29. DALEY DC, BOWLER K, CAHALANE H. Approaches to patient and family education with affective disorders. Patient Educ Counseling 1992; 19: 163-174.
30. HOLDER DP, ANDERSON CM. Intervenciones psicoeducacionales para pacientes deprimidos y sus familias. En: Keitner G. (Comp.) Depresión and families: impact and treatment . Washington DC: APA Press. 1990:159-184
31. ANDERSON CM, REISS DJ, HOGARTY GE. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophr Bull 1980; 6: 490-505.
32. ANDERSON CM, REISS DJ, HOGARTY GE. Schizophrenia and the family. New York, Guilford Press. 1986.
33. BROMET EJ, ED V, MAY S. Family environments of depressed outpatients. Acta Psychiatr Scand 1984; 69: 197-200.
34. BROWN GW, HARRIS T, COPELAND JR. Depression and loss. Br J Psychiatry 1977; 130: 1-18.
35. VAUGHN CE, LEFF JP. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. Br J Psychiatry 1976; 129: 125-137.
36. HOOLEY JM, ORLEY J, TEASDALE JD. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. Br J Psychiatry 1986; 148: 642-647.

37. BOTHWELL S, WEISSMAN M. Social impairments four years after an acute depressive episode. *Am J Orthopsychiatr* 1977; 47: 231-237.
38. ANDERSON C M, DIMIDJIAN S, MILLER A. Terapia de familia. En: Glick ID, Yalom ID. (Comps.). *Tratamiento de la Depresión. Técnicas Clínicas Actuales*. Barcelona, Ediciones Granica 1999: 23-58.
39. LUBY JL. Terapia de Grupo. En: Glick ID, Yalom ID. (Comps.). *Tratamiento de la Depresión. Técnicas Clínicas Actuales*. Barcelona. Ediciones Granica 1999: 153-182.
40. YALOM ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York. Basic Books 1985.
41. DiMASCIO A, WEISSMAN MM, PRUSOFF BA, NEU C, ZWILLING M, KLERMAN GL. Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1450-1456.
42. FAVA GA, GRANDI S, ZIELEZNY M, Canestrari R, Morphy MA. Cognitive Behavioral treatment of residual symptoms in primary mayor depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1295-1299.
43. FRANK E, KUPFER DJ, PEREL JM, CORNES C, JARRETT DB, MALLINGER AG et al. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 151: 1093-1099.
44. FRANK E, KUPFER DJ, WAGNER EF, McEACHRAN A, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1053-1059.
45. HAAS GL, GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH, LEWIS AB, PEYSER J et al. Inpatient family intervention: a randomized clinical trial II. Result al hospital discharge. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 217-224.
46. LAST CG, THASE ME, HERSEN M, BELLACK AS, HIMMELHOCH JM. Patterns of attrition for psychosocial and pharmacologic treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 361-366.
47. WEISSMAN MM, PRUSOFF BA, DiMASCIO A, NEU C, GOKLANEY M, KLERMAN GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 555-558.
48. ELKIN I, PARLOFF MB, HADLEY SW, AUTRY JH. NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 305-316.

