

I. Eguiluz<sup>1</sup>  
E. Baca Baldomero<sup>2</sup>  
E. Álvarez<sup>3</sup>  
M. Bousoño<sup>4</sup>  
M. Martín<sup>5</sup>  
M. Roca<sup>6</sup>  
M. Urretavizcaya<sup>7</sup>

# Psicoterapia en la depresión a largo plazo

<sup>1</sup> Hospital de Cruces  
Universidad del País Vasco  
Bilbao

<sup>2</sup> Clínica Puerta de Hierro  
Universidad Autónoma de Madrid  
Madrid

<sup>3</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
Universitat Autònoma de Barcelona  
Barcelona

<sup>4</sup> Facultad de Medicina  
Universidad de Oviedo  
Oviedo

<sup>5</sup> Clínica Padre Menni  
Universidad de Navarra  
Pamplona

<sup>6</sup> Hospital Juan March  
Universitat de les Illes Balears  
Palma de Mallorca

<sup>7</sup> Ciutat Sanitària de Bellvitge  
Universitat de Barcelona  
Barcelona

Presentamos los datos procedentes de una revisión de la literatura publicada en PubMed. Existen diversos estudios que muestran la eficacia o la efectividad de determinadas intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de la depresión a largo plazo: la psicoterapia de modificación de conducta, la terapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal. Sin embargo, los ensayos clínicos en este terreno adolecen por lo general de serias limitaciones: los criterios diagnósticos utilizados, falta de especificación de los criterios de inclusión de los sujetos sometidos a estudio, gravedad del trastorno, ausencia de seguimiento postratamiento y en múltiples ocasiones ausencia de grupos control para comparar los resultados obtenidos. Se discuten los estudios existentes hasta el momento y de manera especial las controversias en el posible uso combinado de tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos en la prevención de recurrencias depresivas.

**Palabras clave:**

Depresión a largo plazo. Psicoterapia. Psicoterapia conductista. Psicoterapia cognitivo-conductual. Psicoterapia interpersonal.

*Actas Esp Psiquiatr 2008;36(Suppl. 2):26-34*

## Psychotherapy in the long-term depression

A PubMed based literature review was conducted. Some studies show the efficacy and effectiveness of some particular psychotherapeutic interventions for the long-term depression treatment: behavioural therapy, cognitive-behaviour therapy and interpersonal therapy. However, clinical trials in this field generally present important limitations: the selected diagnosis criteria, lack of specification regarding inclusion criteria for involved subjects severity of the disorder, absence of post-treatment follow-up and in a lot of cases, lack of control group to compare

the obtained results. We discuss the existing studies so far and, particularly, the controversies in the combined use of psychotherapeutic and psychopharmacological treatments for the prevention of depression recurrences.

**Key words:**

Long-term depression. Psychotherapy. Behavioural therapy. Cognitive-behaviour therapy. Interpersonal therapy.

## INTRODUCCIÓN

El proceso psicoterapéutico constituye una experiencia particular de la que el individuo (depresivo o no) puede obtener beneficios que pueden redundar tanto en su mayor capacidad a la hora de afrontar nuevas situaciones vitales como en una mayor sensibilidad ante la posible aparición de determinados síntomas prodrómicos. Las medidas psicoterapéuticas ayudarán a evitar (o cuando menos minimizar) futuras recaídas, sin olvidarnos del papel adicional de la psicoterapia a la hora de mejorar la introspección de los pacientes y de favorecer el cumplimiento farmacológico, asegurando la estabilidad del tratamiento<sup>1-3</sup>.

Las principales intervenciones psicoterapéuticas que hasta hoy han resultado empíricamente validadas para el tratamiento de la depresión, tanto a corto como a largo plazo, son la psicoterapia conductista, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal que, junto con la psicoterapia de orientación psicodinámica, describimos a continuación.

## PSICOTERAPIA CONDUCTISTA

Las estrategias o técnicas de esta modalidad de intervención terapéutica consisten en técnicas de modificación de conducta basadas en las investigaciones de la psicología conductista y, sintéticamente, son:

- Autorregistro de las conductas depresivas y de las conductas adaptadas con refuerzo positivo (fundamentalmente verbal) de las conductas adaptadas.

**Correspondencia:**

M. Roca  
Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut  
Universitat de les Illes Balears  
Carretera de Valldemossa, km 7,5  
07071 Palma de Mallorca  
Correo electrónico: mroca@uib.es

- Entrenamiento en habilidades potencialmente reforzantes.
- Entrenamiento en relajación y en técnicas de desensibilización sistemática para disminuir la ansiedad frente a situaciones sociales ansiógenas.
- Entrenamiento asertivo a través de técnicas de interpretación<sup>4</sup>.
- Extinción de las quejas y comportamientos depresivos usando las técnicas de extinción por el refuerzo.
- Aplicación del «principio de Premack», consistente en la asociación de un reforzador probado a respuestas bien adaptadas pero insuficientes en el repertorio del individuo.
- Contratos verbales diseñados para acordar con el paciente la realización de tareas intrínsecamente reforzantes.

Todas estas técnicas deben ser aplicadas en el marco de un programa de intervención individualizado y basado en el análisis cuidadoso de la situación concreta del sujeto, la identificación de mecanismos desadaptativos y el diseño de estrategias de aprendizaje positivo.

La validez de este tipo de terapia en el tratamiento a largo plazo del trastorno depresivo ha sido estudiada por diversos trabajos. Covi<sup>5</sup> y McLean<sup>4</sup> señalan la eficacia superior de estos programas de entrenamiento en habilidades sociales frente a los antidepressivos tricíclicos, pero únicamente aplicados a pacientes tratados ambulatoriamente. Klerman<sup>6</sup> por su parte señala que este tratamiento conductual es eficaz en las «depresiones neuróticas» que no responden al tratamiento farmacológico. Por su parte, el estudio de McLean y Hakstian<sup>4</sup> también señala la superioridad de los resultados del tratamiento conductual en la depresión frente a otros procedimientos terapéuticos.

Sin embargo, los ensayos clínicos en este terreno adolecen por lo general de serias limitaciones:

- Por un lado, los criterios diagnósticos utilizados.
- La no especificación de los criterios de inclusión de los sujetos sometidos a estudio.
- La indeterminación sobre la gravedad del trastorno.
- La ausencia de seguimiento postratamiento.
- La ausencia de grupos control para comparar los resultados obtenidos.

Las terapias conductuales que han alcanzado un éxito más notable en el tratamiento del síndrome depresivo se basan en los modelos de entrenamiento en habilidades sociales<sup>7</sup>, en los modelos de resolución de problemas<sup>8</sup>, en el autocontrol<sup>9</sup> y en el incremento de las recompensas<sup>10</sup>. El modelo de autocontrol, inicialmente propuesto por Fuchs y Rehm<sup>9</sup>, consiste en un programa de 6-12 semanas de tratamiento en formato grupal. Según este modelo, el autocon-

trol consiste en aquellos procedimientos y estrategias mediante las cuales los organismos dirigen y organizan su conducta hacia objetivos a largo plazo. Este modelo aplicado a la depresión sugiere que los sujetos depresivos presentan ciertos déficits en los procesos de autocontrol que pueden sintetizarse de la siguiente forma:

- Proceso de autoobservación: implica la observación de la propia conducta, que en el paciente deprimido se encuentra sometida a una atención más selectiva hacia los sucesos negativos y a una mayor atención hacia las consecuencias inmediatas del comportamiento (en detrimento de las consecuencias a largo plazo del mismo).
- Proceso de autoevaluación: el paciente deprimido está sometido a unos criterios autoevaluativos claramente exigentes y con unas expectativas de resultados definitivamente fatalistas.
- Proceso de autorreforzamiento: este proceso consiste en la administración de contingencias reforzadoras o castigadoras, cubiertas o encubiertas, hacia uno mismo y hacia sus propias conductas.

El modelo de las recompensas propuesto por Lewinsohn<sup>10</sup> consiste en propiciar un aumento gradual y sistemático de las actividades que son concebidas como gratificantes por el paciente, pero que no son iniciadas en el período depresivo.

Los abordajes conductistas se han planteado habitualmente de forma multimodal, de modo que se aplican técnicas diferentes para abordar distintos aspectos de un mismo paciente. Actualmente las técnicas de modificación de la conducta se utilizan en el marco integrado de la TCC, así como en la terapia interpersonal.

## PSICOTERAPIA COGNITIVA Y PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

El punto de partida del modelo cognitivista formulado por Beck se basa en que tanto la conducta de un individuo como sus consecuencias derivadas vienen determinadas, en gran medida, por el modo que éste tiene de entender y de estructurar su mundo. Así, las cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores<sup>11</sup>. El objetivo de la TCC será la identificación, el análisis y la modificación de los procesos mediadores y, por ende, de la conducta que covaría con ellos. El modelo cognitivo de Beck aplicado al síndrome depresivo parte de dos hipótesis fundamentales:

- Las cogniciones negativas del paciente deprimido no son un efecto secundario de la depresión, sino que pueden tener una relación causal en su desarrollo.
- Las cogniciones negativas y las actitudes inadecuadas fomentan la predisposición a la depresión y, por tanto, favorecen las recaídas.

Los hallazgos de que los sesgos cognitivos pueden estar cumpliendo un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos surgen a partir de diferentes estudios sobre los estilos atribucionales<sup>12</sup>. A este respecto, Abramson et al.<sup>13</sup> proponen que los sujetos deprimidos realizan atribuciones internas, estables y globales para los acontecimientos negativos, hecho éste evidenciado por numerosos estudios posteriores<sup>14-18</sup> efectuados incluso en población normal eutímica y con predisposición a sufrir una depresión en el futuro<sup>19</sup>.

Sweeney et al.<sup>15</sup> realizaron una revisión metaanalítica de 104 estudios sobre el estilo atribucional en la depresión. Los resultados obtenidos son consistentes con la teoría de Abramson et al.<sup>13</sup>: cuanto más internas, estables y globales son las atribuciones sobre acontecimientos negativos, más aumenta el estado de ánimo depresivo del individuo. Estudios posteriores han encontrado resultados similares, por lo que parece existir un consenso en relación al estilo atribucional de la depresión. Sin embargo, no está tan claro si dicho estilo de atribución es un predictor del estado de ánimo depresivo o bien es una característica que sólo aparece cuando el paciente está deprimido<sup>12</sup>. Siguiendo a autores como Bental<sup>18</sup> se concluye que, aunque el estilo atribucional resulte uno de los factores más característicos del estado de ánimo depresivo, la sintomatología depresiva tiene que ver con procesos cognitivos y la relación entre los mismos, incluyendo el propio estilo atribucional.

De hecho, en 1978 Abramson et al.<sup>13</sup> ya reformularon la primera versión del modelo de «indefensión aprendida» de Seligman<sup>20</sup>, proponiendo otros factores asociados, como el factor motivacional y la importancia que tiene para el sujeto que lo experimenta. Tendríamos, pues, un factor de vulnerabilidad, un estilo atribucional y un factor estresor<sup>12</sup>. Otros procesos cognitivos relacionados con la depresión y que pueden mediar sobre el tipo de atribuciones efectuadas fueron descritos por Beck:

- Pensamientos automáticos (tríada cognitiva: pensamientos negativos acerca de sí mismo, de su experiencia del mundo y del futuro).
- Esquemas cognitivos (patrones cognitivos estables), es decir, pensamientos automáticos, negativos, repetitivos y perseverantes que surgen sin necesidad de reflexión. Estos supuestos depresógenos se activan por un determinado tipo de experiencias (p. ej., la pérdida).
- Distorsiones cognitivas (sesgos cognitivos)<sup>11</sup>, como la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, la sobregeneralización, la magnificación y/o minimización, la personalización y el pensamiento dicotómico o polarización.

Los objetivos del procedimiento terapéutico de la terapia cognitiva (TC) en la depresión van dirigidos a la modificación del estado depresivo, desde los factores más sintomáticos (interrelaciones entre cogniciones-afectos-conductas)

hasta los factores subyacentes de tipo cognitivo (distorsiones y supuestos personales).

Hasta el momento la TCC (junto con la interpersonal) es una de las pocas intervenciones psicoterapéuticas que cuenta con diversos ensayos clínicos y comparativos controlados que han verificado su eficacia en el tratamiento a largo plazo de las diversas presentaciones clínicas del síndrome depresivo. El primero de los estudios, de Rush<sup>21</sup>, indica una mayor eficacia de la TCC sobre la imipramina, pero presenta ciertas limitaciones metodológicas, entre ellas la brevedad del tratamiento farmacológico aplicado (12 semanas). Blackburn et al.<sup>22</sup> realizan el primer estudio controlado en el que los pacientes son asignados al azar (aleatorizados). Los resultados indican una mayor eficacia de la TCC en relación con los fármacos entre aquellos pacientes afectados por un síndrome depresivo crónico procedentes de la consulta general.

El estudio de Murphy et al.<sup>23</sup>, por su parte, reúne todos los requisitos metodológicos recomendables para este tipo de trabajos, salvo la existencia de un grupo control con placebo. Es llamativo que no observa diferencias entre la TCC y el tratamiento farmacológico antidepresivo en pacientes afectados por un trastorno depresivo. Hollon et al.<sup>24</sup> replican el estudio de Rush<sup>21</sup> y no observan diferencias entre las tres modalidades de tratamiento aplicado (TCC, tratamiento farmacológico y tratamiento combinado). Por su parte, el estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) sobre el tratamiento a largo plazo de la depresión y dirigido por Elkin et al.<sup>25</sup> tampoco observa diferencias entre las diferentes modalidades de tratamiento (TCC, terapia interpersonal y tratamiento farmacológico). Existe otro grupo de trabajos en los que la intervención cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión unipolar, tanto en combinación con antidepresivos como en monoterapia<sup>26-28</sup>.

Los estudios de seguimiento indican que los pacientes tratados con TCC sola o en combinación con fármacos antidepresivos muestran un índice de recaídas inferior a los pacientes exclusivamente tratados con fármacos antidepresivos<sup>29-31</sup>. En el estudio de Evans et al.<sup>31</sup> se evidencia que los pacientes tratados con TCC (sola o en combinación) puntúan menos de la mitad en la tasa de recaídas y ésta no difiere de la objetivada entre los pacientes sometidos a estudio que habían continuado tomando la medicación antidepresiva a largo plazo. En definitiva, estos estudios convergen en la idea de que la TCC protege en cierta medida de la aparición de las tan temidas recaídas y de las recurrencias del síndrome depresivo, ya que, como es bien sabido, un considerable número de pacientes depresivos (15-20% en el trabajo de Scott<sup>28</sup>) desarrollarán varios episodios recurrentes, graves y resistentes a las intervenciones terapéuticas estándar.

Rush et al.<sup>21</sup> refieren que los pacientes con marcadores biológicos de endogeneidad de la depresión pueden presentar una respuesta positiva a la TCC. En el estudio de Thase et al.<sup>32</sup> 38 pacientes con depresión mayor y criterios de endo-

geneidad con más de 2 años de evolución del síndrome depresivo fueron tratados exclusivamente con TCC. En un segundo estudio<sup>33</sup> se aplicó este tipo de terapia a 16 pacientes hospitalizados. En uno y otro caso los resultados mostraron la eficacia de la TCC en el tratamiento a largo plazo del síndrome depresivo, y ello pese a tratarse de estudios aproximativos, ya que ninguno de ellos cumple los requisitos propios de un ensayo clínico controlado. Scott<sup>34</sup> aporta dos estudios en los que describe el uso de la TCC combinada con tratamiento farmacológico en el tratamiento a largo plazo del síndrome depresivo. En ambos estudios se trata de pacientes hospitalizados en los que no se observa respuesta a tratamientos antidepresivos convencionales y con una evolución del síndrome depresivo de al menos 2 años de duración. Los resultados muestran la eficacia de la TCC, aun cuando sea de una forma simplemente indicativa.

En los pacientes con depresiones graves, crónicas y recurrentes la TCC puede optimizar la mejoría clínica de las remisiones parciales de los síntomas depresivos<sup>35,36</sup>, así como facilitar la retirada del tratamiento farmacológico una vez superada la fase de mantenimiento del mismo<sup>37</sup>. De hecho en los últimos años se han desarrollado tratamientos enfocados al tratamiento de la depresión crónica, ampliando el ámbito terapéutico a abordar los problemas de la recidiva y de los síntomas residuales. Así, Jarrett et al.<sup>38</sup> formulan la terapia cognitiva de continuación para los pacientes que siguen estando en riesgo de recaída después de una terapia cognitiva de fase aguda. Esto es, pacientes que no presentan una remisión completa de los síntomas o bien presentan síntomas más inestables.

La terapia cognitiva de mantenimiento reconoce que vivir con una enfermedad recidivante y a veces crónica tiene consecuencias nada desdeñables y que esta situación afecta a la forma de pensar del paciente. Se deben identificar las habilidades que el paciente necesita aprender y adaptarlas tanto al propio paciente como a su medio. La terapia cognitiva de mantenimiento tiene por objeto la búsqueda de la remisión de los síntomas y la prevención de recaídas. Se ha demostrado que la ampliación de la terapia cognitiva con una fase de mantenimiento neutraliza el riesgo de recaída<sup>38</sup>. En síntesis se puede decir que mientras que la terapia cognitiva de fase aguda intenta reducir los síntomas, la de mantenimiento tiene por objeto eliminarlos y evitar las recaídas sintomáticas. McCullough<sup>39</sup> ha desarrollado un sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual (CBSAP) para abordar los problemas del tratamiento de la depresión crónica y de la distimia que con frecuencia provocan el fracaso de la TCC de fase aguda, así como de otras terapias. McCullough define la depresión crónica como el fruto de cogniciones disfuncionales de impotencia, desesperanza y de fracaso que están vinculadas a un estilo interpersonal distante e inadaptado, muchas veces reforzado por una mala resolución de problemas sociales.

En un amplio ensayo aleatorizado y multicéntrico se compara la CBASP con el antidepresivo nefazodona, cada

uno por separado y en combinación<sup>27</sup>; 681 pacientes con trastorno depresivo mayor crónico (no psicótico) fueron asignados de modo aleatorio a CBASP, nefazodona o ambos. El porcentaje de respuesta (remisión y respuesta satisfactoria, establecida como un descenso de la puntuación de al menos el 50% en la *Hamilton Rating Scale* para la depresión) fue del 48% tanto en el grupo de nefazodona como en el de CBASP en comparación con el 73% del grupo de tratamiento de combinación. Según este estudio el tratamiento combinado de CBASP y farmacoterapia antidepresiva puede suponer una ventaja significativa en este grupo de pacientes. Además, los autores concluyen que cuando la medicación y la psicoterapia se administran conjuntamente parecen tener mecanismos de acción independientes y no sinérgicos. Las limitaciones de este trabajo son la falta de control con placebo, así como la incapacidad de ocultar a los pacientes y sus terapeutas el tratamiento recibido (un problema generalizado en la investigación en psicoterapia).

En un intento por reproducir y ampliar la validez de este primer gran estudio sobre la CBASP, el NIMH recientemente ha financiado el programa Research Evaluating the Value of Augmenting Medications with Psychotherapy (REVAMP). Este ensayo clínico (REVAMP) de grupos paralelos, aleatorizado y multicéntrico pretende estudiar la eficacia de la psicoterapia complementaria para los pacientes ambulatorios con depresión mayor cuyos síntomas no responden del todo a un ensayo con medicación antidepresiva. El estudio tiene tres objetivos:

- Comparar la eficacia de añadir un tratamiento psicoterapéutico a un cambio de tratamiento farmacológico (ya sea por cambio de fármaco o por aumento de dosis).
- Comprobar la eficacia específica del CBASP como estrategia de implementación de la terapia antidepresiva comparándola con la psicoterapia de apoyo.
- Comparar un supuesto efecto específico del CBASP sobre la mejoría significativa en la resolución de problemas sociales de estos pacientes en relación con los que reciben sólo psicoterapia de apoyo complementaria o farmacoterapia de continuación.

Metodológicamente, aunque la psicoterapia de apoyo está menos estructurada y protocolizada que la CBASP, se pretende que el grupo de apoyo sea paralelo al de CBASP, completando 18 sesiones de terapia en 12 semanas. Además, el estudio REVAMP emplea un algoritmo de medicación secuenciado a fin de optimizar la respuesta farmacológica en cada paciente. Los fármacos aplicados (sertralina, citalopram, bupropión, venlafaxina, mirtazapina y sales de litio) siguen los preceptos de secuenciación y de monoterapia (frente a las combinaciones) acorde con las guías internacionales de intervención terapéutica para la depresión crónica. En un futuro se espera que los resultados de este estudio sean publicados y generalizables y que puedan ofrecer recomendaciones clínicas contrastadas para aquellos pacientes afectados por una depresión crónica.

## PSICOTERAPIA INTERPERSONAL

La terapia interpersonal es un tipo de tratamiento psicoterapéutico estructurado y manualizado, diseñado específicamente para intervenir en trastornos depresivos mayores (criterios DSM) y utilizado en ensayos controlados. Sus creadores la describen como un tratamiento basado en un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental<sup>40,41</sup>. Su antecedente más influyente se sitúa en la psiquiatría interpersonal de Meyer y de Sullivan<sup>42</sup>. Se parte de la idea general de la importancia de los acontecimientos de índole interpersonal en la aparición y en el mantenimiento de los trastornos depresivos y se incorporan los trabajos de Bowlby<sup>43</sup> sobre la necesidad de vinculación del ser humano y sus reacciones de tristeza y aflicción ante la amenaza o la ruptura real de las relaciones de vinculación.

La terapia interpersonal es una terapia breve (en torno a 20 sesiones) focalizada en una o dos áreas problemáticas, centrada en las relaciones actuales y no en las pasadas, planteada en el terreno de lo interpersonal y no de lo intrapsíquico ni de lo cognitivo o conductual. La terapia interpersonal reconoce un papel central a la personalidad del individuo como condicionante del pronóstico último del mismo y como entidad conformadora de los modos específicos de relación terapéutica. La terapia interpersonal parte de la hipótesis de que la depresión está estrechamente vinculada a un trastorno de las relaciones interpersonales del sujeto deprimido con otras personas significativas para él, por lo que puede entenderse (o cuyo curso puede modificarse) atendiendo a la capacidad de los pacientes de resolver dichos problemas interpersonales que habitualmente pueden agruparse en cuatro grandes categorías:

- Duelo, tristeza y abatimiento.
- Disputas interpersonales.
- Transiciones o cambios de papel.
- Déficits interpersonales.

Los autores no proponen una teoría estructurada de curación, aunque se trasluce la aplicación de las estrategias y de técnicas de la terapia interpersonal sobre las relaciones actuales y las emociones del paciente para permitirle afrontarlas de un modo más satisfactorio. Para producir cambios en alguna de estas áreas, por ejemplo, la tristeza, el terapeuta utiliza diversas estrategias:

- Exploración de las pérdidas remotas y/o recientes.
- Facilitación del duelo.
- Exploración de las distintas vías que el paciente puede reasumir o desarrollar sus relaciones actuales.

En cuanto al papel del terapeuta, éste no es neutral. Desempeña un papel activo en la relación. La relación terapéutica no se concibe como en las terapias psicoanalíticas como

lugar de la transferencia, sino que se define en unos términos más tradicionales de relación médico/enfermo, en la cual el médico desempeña un papel claramente activo. El terapeuta debe poseer tres habilidades determinadas:

- Habilidad para ayudar al paciente a confiar en el descubrimiento de sí mismo.
- Habilidad para mantener la relación terapéutica.
- Habilidad para mantener la atención en las cuestiones apropiadas a lo largo de las sesiones y durante toda la intervención.

Las características del terapeuta y su papel en las sesiones son factores cruciales para la obtención del éxito terapéutico<sup>44</sup>. La eficacia de la psicoterapia interpersonal fue investigada por Klerman et al.<sup>6</sup> en el estudio clínico del Boston New Haven en pacientes afectados por una depresión neurótica, así como por Weissman<sup>45</sup> en pacientes depresivos con síntomas agudos. Ambos trabajos incluyen una comparación entre el grupo tratado con fármacos antidepresivos, el tratamiento no activo y la psicoterapia interpersonal. Los dos estudios cuentan con una muestra amplia (150 y 96 pacientes, respectivamente), grupo control y criterios operativos, motivo por el cual reúnen los requisitos precisos para poder considerar fiables sus conclusiones. Dos aplicaciones futuras de la terapia interpersonal pueden ser la distimia y la depresión recurrente para mantener la recuperación y reducir la vulnerabilidad ante nuevos episodios. Para ello se pueden plantear sesiones mensuales centradas en uno o dos focos en las que el terapeuta debe de estar atento a la aparición de problemas interpersonales similares a los ocurridos en episodios depresivos previos. Su duración se puede prolongar durante años, por lo que se plantea como una intervención preventiva, siendo su meta la de mantener al paciente eutímico.

La terapia interpersonal ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión mayor a partir de estudios controlados<sup>25,46</sup>. También se ha mostrado útil como intervención de mantenimiento en depresiones recurrentes<sup>47,48</sup>. Esta modalidad terapéutica resulta equiparable a la TCC en el tratamiento de la depresión mayor, según afirmación del Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists<sup>49</sup>. La terapia interpersonal constituye la primera psicoterapia que ha sido puesta a prueba en el tratamiento de mantenimiento y en la prevención de recidivas de la depresión. Muchos trastornos depresivos son crónicos, ya sean trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno distímico o la llamada depresión doble. Los pacientes con depresión crónica están aún más desesperados y resignados que los pacientes con depresión aguda, y la cronicidad de su enfermedad altera las estrategias terapéuticas del tratamiento agudo. La terapia interpersonal se estudió inicialmente en un ensayo de 8 meses y seis grupos<sup>40,50</sup>. En la actualidad un estudio de esta longitud se consideraría un tratamiento de continuación porque el concepto de tratamiento antidepresivo de mantenimiento se ha prolongado. Investigadores de Pittsburg y de Pensilvania

en Estados Unidos llevaron a cabo dos ensayos de mantenimiento antidepresivo más prolongados con terapia interpersonal. Frank et al.<sup>51-53</sup> estudiaron a 128 pacientes con depresión crónica y recidivante. Los pacientes recibieron tratamiento con imipramina a dosis elevadas (200 mg/día) y terapia interpersonal semanal hasta obtener una respuesta. Las dosis elevadas del fármaco se continuaron hasta reducir la terapia interpersonal a una frecuencia mensual durante una fase de continuación de 4 meses. Los pacientes que se mantuvieron en remisión fueron asignados de modo aleatorio a una de las siguientes opciones durante los 3 años siguientes:

- Imipramina más tratamiento clínico.
- Imipramina más terapia interpersonal mensual.
- Terapia interpersonal mensual exclusiva.
- Terapia interpersonal más placebo.
- Placebo más tratamiento clínico.

La mayor eficacia correspondió al tratamiento con imipramina, con o sin terapia interpersonal, puesto que protegió al 80% de los pacientes durante los 3 años. La mayoría de los pacientes que recibieron placebo sufrieron una recaída en los primeros meses. La terapia interpersonal mensual, aunque menos eficaz que la imipramina, resultó superior estadística y clínicamente a la condición de control en esta población de pacientes de alto riesgo.

Reynolds et al.<sup>54</sup> llevaron a cabo un estudio de mantenimiento de 3 años con pacientes ancianos con trastorno depresivo recurrente. Se utilizó nortriptilina y terapia interpersonal en un diseño similar al efectuado por Frank et al.<sup>51</sup>. La muestra de tratamiento agudo comprendía 187 pacientes de 60 años o más con trastorno depresivo mayor recurrente. Recibieron tratamiento con nortriptilina más terapia interpersonal. Los 107 pacientes que respondieron adecuadamente fueron asignados de forma aleatoria a una de las siguientes opciones terapéuticas:

- Nortriptilina (dosis terapéuticas entre 80-120 ng/ml).
- Sesión clínica con placebo.
- Terapia interpersonal mensual más placebo.
- Terapia interpersonal mensual de mantenimiento más nortriptilina.

Las tasas de recidiva fueron del 90% para el placebo, del 64% para la terapia interpersonal más placebo, del 43% para la nortriptilina sola y del 20% para el tratamiento combinado de psicoterapia (terapia interpersonal) y nortriptilina. En este ensayo clínico el tratamiento combinado mostraba superioridad frente a la terapia interpersonal sola y cierta tendencia a la superioridad frente a la nortriptilina sola.

En el estudio de Browne et al.<sup>55</sup> se incluyeron 707 pacientes con diagnóstico de distimia (criterios DSM-IV). Los pacientes fueron asignados de un modo aleatorio a un tratamiento con

sertralina, terapia interpersonal sola o a una combinación de ambos tratamientos. Se comparó la psicoterapia aguda con la farmacoterapia aguda y de mantenimiento. La sertralina sola o en combinación con la terapia interpersonal resultó significativamente superior a la terapia interpersonal sola. Como crítica cabe añadir que no se incluyó un grupo control y se produjo un desequilibrio entre la terapia interpersonal (máximo de 12 sesiones de 1 h durante 6 meses) y el tratamiento farmacológico (sertralina: 50-200 mg, que se prolongó hasta los 2 años). Por su parte, la terapia interpersonal concomitante redujo la posibilidad de que los pacientes abandonaran el tratamiento con sertralina<sup>55</sup>.

El tratamiento combinado de fármacos antidepresivos más terapia interpersonal debe reservarse para aquellos casos de pacientes más crónicos, graves o resistentes al tratamiento<sup>56</sup>. El problema reside en que muchos estudios presentan una escasa potencia porque tratan a pocos pacientes y ponen de manifiesto diferencias entre monoterapias ya eficaces y su combinación con la terapia interpersonal<sup>57</sup>. Feijoo de Mello et al.<sup>58</sup> asignaron de forma aleatoria a 35 pacientes ambulatorios con diagnóstico de distimia a un tratamiento con moclobemida sola o en asociación con terapia interpersonal. Ambos grupos mejoraron. No se observó ninguna diferencia significativa entre ellos, aunque teniendo en cuenta el pequeño tamaño muestral este resultado no es de extrañar, si bien los autores insinúan que el tratamiento combinado podría beneficiar a los pacientes con depresión crónica. Hellerstein et al.<sup>59</sup> elaboraron un manual de terapia cognitivo-interpersonal de grupo para la depresión crónica y una terapia de grupo para pacientes distímicos. En ambos se combinan las estrategias cognitivas e interpersonales, así como la psicoeducación en un formato de grupos. Los investigadores probaron este tipo de abordaje psicoterapéutico en un ensayo preliminar aleatorizado sobre una muestra de pacientes (20 hombres y 20 mujeres) que respondieron a fluoxetina (20-80 mg/día; media: 38 mg/día). Los pacientes que lograron un descenso del 40% de la Escala de Hamilton para la Depresión fueron asignados de modo aleatorio a medicación sola o medicación más psicoterapia cognitivo-interpersonal durante 16 semanas. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en las medidas de los síntomas depresivos a lo largo del seguimiento, aunque sí ciertas tendencias que orientaban hacia un beneficio del tratamiento con psicoterapia en el funcionamiento global, funcionamiento personal y en los dominios generales de los pacientes. Investigaciones futuras deberán definir las posibles indicaciones, así como las limitaciones de la terapia interpersonal y de su aplicación en tratamiento combinado, junto con estrategias farmacológicas en el síndrome depresivo a largo plazo.

## PSICOTERAPIA DE BASE PSICODINÁMICA

El empleo de las diferentes modalidades de psicoterapia de base psicodinámica en el tratamiento a largo plazo del síndrome depresivo cuenta con menos apoyos empíricos,

fruto de la investigación, que los señalados en el caso de la TCC y la terapia interpersonal. En el caso de la psicoterapia de base psicodinámica la investigación resulta mucho más dificultosa que con otros abordajes psicoterapéuticos por varias razones:

- Por la definición de la propia intervención.
- Por la capacitación de los terapeutas.
- Por la dificultad de estandarización del tratamiento.
- Por la dificultad para realizar estudios con final abierto y a largo plazo.
- Y por la dificultad a la hora de asignar los controles adecuados (asignación aleatoria).

El metaanálisis más reciente de la eficacia de la psicoterapia psicodinámica para la depresión mayor es específico del tratamiento a corto y no a largo plazo<sup>60</sup>; incluye sólo los estudios en que realizan un mínimo de 13 sesiones y se trata a más de 20 pacientes en comparación con la TCC y la terapia conductista. En este trabajo no se detectan diferencias significativas entre las distintas modalidades terapéuticas a la hora de establecer una mejora de los síntomas depresivos, de los síntomas psiquiátricos en general o del funcionamiento social de los pacientes. Leichsenring concluye que, en general, la psicoterapia psicodinámica a corto plazo parece ser igualmente eficaz que las otras modalidades de tratamiento analizadas. No obstante, no todas las formas de psicoterapia psicodinámica parecen igualmente eficaces en todos los grupos de pacientes, al tiempo que 16–20 sesiones de cualquiera de las modalidades resultan insuficientes para mantener una remisión duradera, siendo necesarios futuros estudios para determinar los efectos de los tratamientos más prolongados en la depresión.

Un análisis del tratamiento de la depresión en fases avanzadas de la vida<sup>61</sup> confirma que la psicoterapia psicodinámica resulta más eficaz que la ausencia de tratamiento, al parecer con la misma eficacia que los otros tipos de psicoterapia aplicada. Estudios más recientes tienden a investigar la combinación de psicoterapia y antidepressivos en el tratamiento de mantenimiento de la depresión. Tanto el grupo de Beck<sup>11</sup> como el grupo de Klerman<sup>6</sup> y de Weissman<sup>41</sup> propugnan el uso de tratamientos combinados (farmacoterapia más psicoterapia) en el tratamiento del síndrome depresivo. Desde una perspectiva más psicoanalítica<sup>62</sup> sugiere indicaciones tanto para la combinación terapéutica como para el manejo de los problemas adicionales que pudieran surgir.

La evidencia a favor de la superioridad de los tratamientos combinados, como señalan Klerman et al.<sup>40</sup>, resulta metodológicamente difícil de obtener y requiere grandes muestras para comparar diferentes grupos de pacientes. Las pruebas de la superioridad del tratamiento combinado se han hecho patentes cuando las muestras han sido lo suficientemente amplias como para así poder demostrarlo<sup>63</sup>. En un reciente estudio, 167 pacientes ambulatorios afectados por un trastorno depresivo mayor son asignados aleatoriamente a diferentes ensayos clínicos de tratamiento farmacológico o de tratamiento combi-

nado con psicoterapia psicodinámica<sup>64</sup>. Los autores concluyen que el tratamiento de combinación ofrece ventajas significativas en comparación con la farmacoterapia exclusiva en los pacientes con depresión mayor. Los pacientes sometidos a terapia combinada presentan un cumplimiento de la medicación y del tratamiento en general significativamente superior y por tanto cuentan con más probabilidades teóricas de recuperarse. Además, una ventaja importante añadida del tratamiento combinado viene dada por la posibilidad de abordar el incumplimiento terapéutico de un modo más eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Michels P. Psychotherapeutic approaches to the treatment of anxiety and depressive disorders. *J Clin Psychiatr* 1997;58 (Suppl. 13):30-2.
2. Delgado P. Approaches to the enhancement of patient adherence to antidepressant medication treatment. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 2):6-9.
3. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupernick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *Br J Psychiatry* 2002;180:104-9.
4. McLean PD, Hakstian AR. Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatment. *J Consult Clin Psychol* 1979;47: 818-36.
5. Covi L, Lipman RS, Degoratis LR, Smith JE 3d, Pattison JH. Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *Am J Psychiatry* 1974;131:191-8.
6. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT)*. New York: Basic Books, 1984.
7. Becker RE, Heinberg RG, Bellak AS. *Social skills training treatment for depression*. New York: Pergamon Press, 1987.
8. Nezu AM, Perri MG. Social problem-solving therapy for unipolar depression: an initial dismantling investigation. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:408-13.
9. Fuchs CZ, Rehm LP. A self control behaviour therapy program for depression. *J Consult Clin Psychol* 1977;45:206-15.
10. Lewinsohn PM. The behavioural study and treatment of depression. En: Hersen M, Eisler RM, Miller PM, editores. *Progress in behaviour modification*. New York: Academic Press, 1975; p. 19-65.
11. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. New York: Guilford, 1979. (Ed. esp.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouver, 1983).
12. Díez-Alegría Gálvez C. *Razonamiento causal en el delirio y la depresión: procesos de formación de las atribuciones causales*. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid, 2004.
13. Abramson L, Seligman M, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978; 78:40-74
14. Abramsom L, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psycholog Rev* 1989;96: 358-72.
15. Sweeney PD, Anderson K, Bailey S. Attributional style in depression: a meta-analytic review. *J Personal Soc Psychol* 1986;50: 974-91.

16. Robins CJ, Hayes AH. The role of causal attributions in the prediction of depression. En: Buchanan GM, Seligman ME, editores. Explanatory style. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1995.
17. Vázquez C, Jiménez F, Saura F, Avia MD. The importance of importance: a longitudinal confirmation of the attributional-stress model of depression measuring the importance of the attributions and the impact of the stressor. *Personal Individ Differ* 2001;31:205-214.
18. Bentall RP. *Madness explained: psychosis and human nature*. London: Allan Lane, 2003.
19. Alloy LB, Abramson LY, Whitehouse WG, Hogan ME, Tashman NA, Steinberg DL, et al. Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behav Res Ther* 1999;37:503-31.
20. Seligman MEP. *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman, 1975.
21. Rush AJ. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in treatment of depressed outpatients. *Cognit Ther* 1977;1:17-37.
22. Blackburn IM, Bishop S, Glen AI, Whalley LJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone in combination. *Br J Psychiatry* 1981;139:181-9.
23. Murphy GE, Simmonds AD, Wetzel RD, Patrick J, Lutsman J. Cognitive therapy and pharmacotherapy, single and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:33-41.
24. Hollon SD, Robert J, de Rubeis RJ. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:774-81.
25. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General Effectiveness of Treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
26. Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. *Br J Psychiatry* 2000;321:1383-8.
27. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Arnow B, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;342:1462-70.
28. Scott J, Teasdale JD, Paykel ES, Johnson AL, Abbott R, Hayhurst H, et al. Effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. *Br J Psychiatry* 2000;177:440-6.
29. Blackburn IM, Eunon KH, Bishop S. A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J Affect Disord* 1986;10:67-75.
30. Simons AD, Murphy GE, Levine JL, Wetzel RD. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43:43-8.
31. Evans MD, Hollon SD, de Rubeis R, Piasecki JM. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:802-8.
32. Thase ME, Simons AD, McGeary J. Relapse following cognitive-behaviour therapy of depression. Potential implications for long terms forms of treatment? *Am J Psychiatry* 1992;149:40-53.
33. Thase ME. Long-term nature of depression. *J Clin Psychiatr* 1999;60(Suppl. 14):S3-9.
34. Scott J. Chronic depression: can cognitive therapy succeed when other treatments fail? *Behav Psychother* 1992;20:25-36.
35. Cornwall P, Scott J. Partial remission in depression. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:265-71.
36. Paykel ES, Scout J, Teasdale JD, et al. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Arch Gen Psychiatr* 1999;56:829-35.
37. Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Rafanelli C, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioural treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:945-7.
38. Jarret RB, Kraft D, Doyle J. Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuing phase: a randomized clinical trial. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:381-8.
39. Mc Cullough JP. *Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford, 2000.
40. Klerman GL, Di Mascio A, Weissman NM, et al. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974;131:186-91.
41. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books, 2000.
42. Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton, 1953. (La teoría interpersonal de la psiquiatría. Buenos Aires: Psique, 1974).
43. Bowlby J. *Attachment and loss*. London: Hogarth Press, 1969. (La pérdida afectiva. Buenos Aires: Paidós, 1990).
44. Foley SH, O'Malley S, Rousanville BJ, Prusoff BA, Weissman MM. The relationship of patient difficulty to therapist performance in interpersonal psychotherapy of depression. *J Affect Disord* 1987;12:207-17.
45. Weissman MM. The psychological treatment of depression. Research evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison and in combination with pharmacotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1261-9.
46. Elkin I, Gibbons R, Shea MT, Sotsky SM, Watkins JT. Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:841-7.
47. Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression (2004). *Austr N Z J Psychiatry* 2004;38:389-407.
48. Paykel ES, Di Mascio A, Klerman GL. Maintenance therapy of depression. *Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol* 1976;9:127-36.
49. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarret DB, Mallinger AG, et al. Three year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:1093-9.
50. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:1053-9.

53. Frank E. Interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment for patients with recurrent depression. *Psychotherapy* 1991; 28:259-66.
54. Reynolds CF, Frank E, Perel JM. Nortryptiline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomised controlled trial in patients older than fifty-nine years. *JAMA* 1999;281:39-45.
55. Browne G, Steiner M, Roberts J. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6 month comparison with longitudinal 2 year follow up of effectiveness and costs. *J Affect Disord* 2002;68:317-30.
56. Rush AJ, Thase ME. Psychotherapies for depression: a review in depressive disorders. En: Maj M, Sartorius N, editores. New York: Wiley, 1999; p. 161-206.
57. Hollon SD, Thase ME, Markowitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psycholog Sci Pub Interest* 2002; 3:39-77.
58. Feijo de Mello M, Myczowisk LM, Menezes PR. A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *J Psychoter Pract Res* 2001;10:117-23.
59. Hellerstein DJ, Little SA, Samstag LW. Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia: a randomized prospective pilot study. *J Psychother Pract Res* 2001;10:93-103.
60. Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive behavioural in depression: a metaanalytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001;21:401-19.
61. Karel MJ, Hinrichsen G. Treatment in depression in late life: psychotherapeutic interventions. *Clin Psychol Rev* 2000;20:707-29.
62. Luborsky I. Principles of psychoanalytic psychotherapy; a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984.
63. Asiel Rodríguez A, Fernández Liria A. Psicoterapia y psicofármacos. ¿Por fin juntos? Nuevos datos sobre la combinación. *Psiquiatría Pública* 2000;12:285-8.
64. De Jonghe F, Kool S, Van Aalst G. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 2001;64:217-29.